UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

Année 1970 – Thèse N° 1

Contribution à l'amélioration de la thérapeutique des édentés totaux à travers l'étude du facteur psychique et de la dynamique relationnelle

Thèse pour le Doctorat en Chirurgie Dentaire
présentée et soutenue publiquement
le 6 Avril 1970

par André LUBESPÈRE
Chirurgien-Dentiste
né le 24 Octobre 1926 à CASTERA VERDUZAN (Gers)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. P. BENOIT, Professeur ..... Président
R. SANGIUOLO, Professeur ..... } Juges
P. FOURTEAU, Professeur ..... }

Imprimerie de la Grotte – 65 - LOURDES
– Tél. : 94.14.26 –

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543911_0018

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

Année 1970 – Thèse N° 1

Contribution à l'amélioration de la thérapeutique des édentés totaux à travers l'étude du facteur psychique et de la dynamique relationnelle

Thèse pour le Doctorat en Chirurgie Dentaire
présentée et soutenue publiquement
le 6 Avril 1970

par André LUBESPÈRE
Chirurgien-Dentiste
né le 24 Octobre 1926 à CASTERA VERDUZAN (Gers)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. P. BENOIT, Professeur ..... Président
R. SANGIUOLO, Professeur ..... Juges
P. FOURTEAU, Professeur .....

Imprimerie de la Grotte – 65-LOURDES
– Tél. : 94.14.26 –

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. G. PORTMANN, R. SIGALAS, F. TAYEAU.
DOYEN : M. H. BRICAUD. — ASSESSEURS : MM. J. MASQUELIER, J. RIVIERE, CI. BERAUD.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. CHARRIER, DUBREUIL, CREYX, DARGET, R. SIGALAS, G. PORTMANN, M. RIVIERE, R. GIRARD, C. PIFFAULT, R. FABRE, R. DUFOUR, P. FOURMENT, E. AUBERTIN, X. J. DUBECQ, L. MASSE, A. LACHAPELE, G. VITTE, J. DESPONS, G. DUBOURG, P. DELMAS-MARSALET.

MAITRE DE CONFERENCES AGREGE HONORAIRE : M. BERGER.

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	
P. DERVILLEE	Médecine légale et Médecine du travail.
R. MANDOUL	Zoologie et parasitologie.
R. CASTAGNOU	Toxicologie et hygiène appliquée.
J. REBOUL	Carcinologie.
P. MESNARD	Chimie organique et Chimie analytique.
B. GRANDPIERRE	Physiologie.
P. BROUSTET	Clinique médicale cardiologique.
N	Clinique chirurgicale.
F. TAYEAU	Biochimie médicale A.
G. MAYER	Histologie et ambryologie.
P. BLANQUET	Physique nucléaire appliquée et radiobiologie.
R. SARIC	Clinique médicale.
L. POUYANNE	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.
J.-J. DUBARRY	Hydro-climatologie thérapeutique et clinique des maladies de l'appareil digestif.
F.J.- TRAISSAC	Clinique thérapeutique.
R. MAHON	Clinique d'accouchements.
R. PAUTRIZEL	Immunologie et biologie parasitaire.
Mlle G. ROUGIER	Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.
G. MOUSTARDIER	Bactériologie.
E. BESSIERE	Clinique ophtalmologique.
H. LFGER	Anatomie pathologique.
J. MASQUELIER	Matière médicale.
G. MORETTI	Clinique médicale propédeutique et médecine tropicale.
N	Clinique oto-rhino-laryngologique.
P. LAUMONIER	Clinique chirurgicale pleuro-pulmonaire.
J. LENG-LEVY	Clinique médicale et des maladies infectieuses.
R. LETAC	Pathologie et recherche chirurgicales.
R. QUILICHINI	Pharmacie galénique.
E. NEUZIL	Biochimie médicale B.
R. STOLL	Biologie.
J. LANGE	Clinique Urologique.
P. FREOUR	Hygiène et Clinique de pneumophtisiologie.
N.	Anatomie.
J. FAURE	Médecine expérimentale et physio-pathologie.
N.	Clinique chirurgicale des maladies cardiaques.
J. VILLAR	Clinique gynécologique.
P. LE COULANT	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
M. BERGOUIGNAN	Clinique neurologique.
J. DUHAMEL	Physique médicale et pharmaceutique.
R. BABIN	Pharmacie chimique.
H. CHOUSSAT	Pathologie médicale.
L. CHASTRUSSE	Clinique obstétricale.
P. VERGER	Clinique médicale des maladies des enfants.
F. LAPORTE	Chirurgie générale.
R. TINGAUD	Clinique chirurgicale.
H. LAUBIE	Botanique et cryptogamie.
CI. RICHIR	Anatomie pathologique.
R. GOLSE	Chimie générale et Chimie minérale.
J. BAILENGER	Zoologie et biologie animale.
J.-CI COLLETER	Chimie analytique.
H. BRICAUD	Médecine générale.
P. BENOIT	Clinique odonto-stomatologique.
CI. MARTIN-DUPONT	Clinique néphrologique.
J. CANELLAS	Pharmacodynamie et hydrologie.
R. CANIVENC	Histologie.

G. DELORME	Electroradiologie.
J. DEPAULIS	Séméiologie chirurgicale.
J. RIVIERE	Séméiologie médicale.
H. DULONG DE ROSNAY	Bactériologie.
R. CROCKETT	Chimie organique et chimie analytique.
B. DARMAILLACQ	Chirurgie générale.
H. POUYANNE	Clinique neuro-chirurgicale.
R. CASTAING	Réanimation respiratoire et anesthésiologie.

PROFESSEUR ASSOCIE

A. BAGHDIANTZ	Physique et chimie (Pharmacie).

MM. *PROFESSEURS SANS CHAIRE*

J. DAVID-CHAUSSE	Médecine générale.
J. MARQUEVIELLE	Biochimie médicale.
M. BLANC	Neuro-psychiatrie.
CI. MASSE	Chirurgie générale.
R. MARAUD	Histologie et embryologie.
P. DU PASQUIER	Bactériologie.
J. STAEFFEN	Médecine générale.
J.-P. DUBECQ	Obstétrique.
G. NEVERRE	Physiologie.
J. MEUNIER	Histologie.
A. SERISE	Hygiène.
P. FERRET-BOUIN	Physique médicale.
J. VIDEAU	Anatomie.
P. BLANCHOT	Médecine générale.
L. DOUTRE	Chirurgie générale.
P. LOISEAU	Neuro-psychiatrie.
CI. VRIGNAUD	Physique pharmaceutique.
P. SOURREIL	Dermato-vénéréologie.
C. BERAUD	Thérapeutique.

MM. *MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :*

R. JENSSEN	Chimie biologique.
J. BROUSSIN	Electroradiologie.
R. TESSIER	Pneumo-phtisiologie.
Mme J. SECHET	Biochimie médicale.
C. LAGARDE	Carcinologie.
H. LAZARINI	Médecine légale et Médecine du travail.
J. SOUMIREU-MOURAT	Obstétrique.
G. CABANIEU	Médecine générale.
R. LE LOURD	Pneumo-phtisiologie.
L. COURAUD	Chirurgie générale.
J. BENTEGEAT	Hématologie.
J. ROQUEBERT	Pharmacodynamie.
L. ARNE	Médecine générale et thérapeutique.
CI. MARTIN	Pédiatrie.
R. BAUTE	Cryptogamie.
V. DARGELOS	Microbiologie.
Mlle S. LARCEBAU	Toxicologie.
M. GADRET	Chimie analytique.
C. WONE	Médecine générale et thérapeutique.
J. JULIEN	Médecine générale et thérapeutique.
J.-J. BATTIN	Pédiatrie.
M. DALLOCCHIO	Cardiologie et maladies vasculaires.
J. AUBERTIN	Maladies infectieuses.
P. VERIN	Ophtalmologie.
M. GOT	Neuro-chirurgie.
J. TAVERNIER	Electroradiologie : diagnostic et thérapeutique.
J. VINCENT	Physiologie et explorations fonctionnelles.
L. CHEVAIS	Anesthésiologie.
G. GILLARDEAU	Anesthésiologie.
J. HONTON	Orthopédie et traumatologie.
M. BOMBART	Orthopédie et traumatologie.
A. HUGUES	Cancérologie.
M. SABATHIE	Anesthésiologie.
E. JOUZIER	Chimie biologique (Pharmacie).
F. COUSTOU	Législation et déontologie pharmaceutique.
P. AUMONIER	Pharmacie galénique.

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

J. MOULINIER . . . . . Hématologie.

AGRÈGES EN EXERCICE :

P. BIRBIS . . . . . Chirurgie générale.
J.-P. CALAMEL . . . . . Chirurgie générale.
L. TEXIER . . . . . Dermato-syphiligraphie.
R. GENESTE . . . . . Orthopédie.
F. FONTAN . . . . . Chirurgie générale.
J. LASSERRE . . . . . Orthopédie.

MM. *AGRÈGES LIBRES*

G. FAUGERE . . . . . Obstétrique.
M. L'EPEE . . . . . Médecine légale.
H. CABANIE . . . . . Anatomie.
L. CORCELLE . . . . . Ophtalmologie.
M. PORTMANN . . . . . Oto-rhino-laryngologie.
F. BALLANGER . . . . . Urologie.

MM. *CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCE :*

P. BONJEAN . . . . . Anatomie.
M. LAHOURCADE . . . . . Parasitologie.
M. SENTENAC . . . . . Anatomie.
G. DELMON . . . . . Anatomie pathologique.
J. TRIBOULEY . . . . . Immunologie sérologie.
F.-X. MICHELET . . . . . Stomatologie.
L. PINSON . . . . . Oto-rhino-laryngologie.
F. COHADON . . . . . Neuro-chirurgie.
J.-Cl. ROQUES . . . . . Physique médicale.
P. ESCHAPASSE . . . . . Physique médicale.
J. PACCALIN . . . . . Médecine générale et thérapeutique.

Le Conseiller administratif, Chef des services administratifs :
André ARGILAS.

L'Attaché d'administration universitaire, Directeur du cabinet :
Mme M. C. CHAPENOIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE

de mon frère

A CEUX QUI M'ENTOURENT DE LEUR CHAUDE AFFECTION ET M'APPORTENT LE PLUS LARGE SOUTIEN DANS MON TRAVAIL

A mes parents
A mon épouse
A mes enfants
A mes beaux-parents

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur BENOIT

Professeur titulaire de Clinique Odonto-Stomatologique.
Directeur de l'Ecole Nationale de Chirurgie Dentaire de BORDEAUX
Stomatologiste des Hôpitaux
Officier des Palmes Académiques

En hommage à la bienveillance avec laquelle il nous a fait l'honneur de nous accueillir, de nous éclairer et de nous encourager.

En souvenir de son excellent enseignement et des rapports humains qu'il a toujours su entretenir avec ses collaborateurs et ses élèves.

En témoignage de notre profonde et déférente gratitude.

A nos juges

Monsieur R. SANGIUOLO

Chirurgien-dentiste.
Licencié ès lettres. Diplômé d'études supérieures de Philosophie.
Professeur à l'Ecole Nationale de Chirurgie Dentaire de MARSEILLE
Directeur de l'Ecole Nationale de Chirurgie Dentaire de MARSEILLE

Monsieur FOURTEAU

Chirurgien-dentiste.
Professeur à l'Ecole Nationale de Chirurgie Dentaire de BORDEAUX

qui nous ont fait l'honneur et l'amitié d'accepter de juger notre travail, nous prouvant ainsi tout l'intérêt qu'ils portaient à cette étude.

En témoignage de notre reconnaissance.

A ceux qui ont bien voulu nous éclairer de leurs précieux conseils au cours de l'élaboration de ce travail.

A Monsieur L. ROUCOULES.

Chirurgien-dentiste.
Licencié ès lettres.
Professeur à l'Ecole Nationale de Chirurgie Dentaire de PARIS.
Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire.

A Monsieur TAP.

Maître Assistant à la Faculté des Sciences Humaines de TOULOUSE.

Au Docteur BACCIOCHI.

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

A Monsieur FERAUD.

Licencié en Philosophie.
Professeur à l'Ecole Normale d'Instituteurs d'Auch.
Ancien expert en psychologie à l'U.N.E.S.C.O.
Caractérologue.

Avec nos plus vifs remerciements et toute notre gratitude.

INTRODUCTION

Une nature ouverte aux relations humaines, une évocation réitérée de la part de nos maîtres, la critique objective du résultat de nos travaux, nous ont amené à réfléchir sur le drame atteignant parfois les sujets privés de la totalité de leur denture.

Dans l'immense majorité des cas, le problème de l'édenté total est résolu par la mise en œuvre des diverses techniques concourant à l'élaboration d'une thérapeutique sélective, adaptée aux seules données morphologiques du sujet en cause.

L'examen clinique de la cavité buccale à appareiller joue donc en pratique courante un rôle prépondérant, si ce n'est même exclusif.

Or, tout praticien a constaté le nombre trop important d'échecs thérapeutiques chez les édentés totaux, en dépit de l'existence de prothèses parfaitement réalisées et parfois même fort rétentives.

Précisons immédiatement que l'échec est pour nous le refus d'accepter de la prothèse par le patient. Ceci implique que la réussite thérapeutique procède de la possession de techniques parfaites par le praticien et d'une acceptation de la prothèse par le patient, qu'au demeurant le praticien doit savoir susciter.

Nous nous sommes donc attachés à rechercher les raisons de ces refus. Nous avons eu le sentiment qu'ils étaient d'ordre affectif, les troubles locaux n'étant que secondaires, provoqués et recherchés. L'expérience nous a prouvé que nous avions raison.

Nous avons en effet constaté, puis admis, que, les données morphologiques insuffisantes, le facteur salivaire négatif ou les erreurs techniques du praticien n'étaient pas seules en cause ; le facteur psycho-affectif du sujet était primordial et devait rester présent à notre esprit du début à la fin du traitement. Nous avons alors tenté de le démontrer et d'en tirer la leçon.

L'objet du présent travail est donc de mettre en évidence puis d'étudier le rôle de ce facteur psycho-affectif et de proposer un moyen pouvant permettre d'éviter ou de neutraliser ces refus.

CHAPITRE PREMIER

LES GRANDS PROBLEMES DE L'EDENTE TOTAL

Le praticien se trouve devant un triple problème :

— Le premier lié à l'impotence fonctionnelle.
- Le second lié à l'esthétique.
- Le troisième lié au psychisme.

Nous n'aborderons les deux premiers que pour mémoire, afin de nous étendre sur le troisième, au sein duquel se situent en fait les raisons profondes de notre travail.

1°/ LE PROBLEME LIE A L'IMPOTENCE FONCTIONNELLE :

Il est important et peut même devenir très grave si l'on oublie d'envisager dans le plan thérapeutique, la restauration de l'une des fonctions qui sont attachées à l'appareil masticateur. Il est classique de distinguer :

des troubles principaux
— de la mastication
— du langage (phonation)

des troubles associés
— articulaires (syndrome de Costen)
— digestifs (dyspepsies)

En fonction de l'étiologie de l'édentation, de l'anatomie buccale de l'édenté, du terrain sur lequel on évolue et des possibilités que la science met à notre disposition pour préparer favorablement ce terrain, de l'âge, du sexe, de la profession, du milieu familial et social du patient, le praticien devra tenter de résoudre ce problème fonctionnel à travers les seules vertues de sa capacité et de son habileté professionnelle.

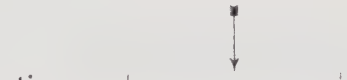
Il devra se souvenir que Sustentation, Stabilisation et Rétention, formeront la triade de base, grâce à laquelle sera élaborée la thérapeutique.

La recherche d'une harmonie occlusale satisfaisante parachèvera le tout. Il convient toutefois de rappeler qu'il devra composer avec les facteurs défavorables liés à cette triade. Ces facteurs sont de deux ordres :

— tenant au praticien
— tenant au patient

Nous avons pensé les schématiser pour ne plus avoir à revenir sur cette partie du problème.

Sustentation :



— sens de son application
— facteur praticien (montage, forme des surfaces libres, empreintes)
— facteur patient (morphologie de la surface d'appui).

Stabilisation :

— sens de son application
— facteur praticien (montage, forme des surfaces libres, empreintes)
— facteur patient (crêtes restantes, musculature du couloir jugo-labial, salive, psychisme avec réflexes conditionnés) — sytème extéroceptif).

Retention :

— sens de son application
— facteur praticien (empreintes, montage, forme des surfaces libres, matériaux de base employés et leur mode de cuisson)
— facteur patient (morphologie des surfaces d'appui, musculature et attaches musculaires du couloir jugo-labial, salive, importance quantitative de l'alimentation, mode d'alimentation [plus ou moins collante], façon de manger du malade considéré, délicatesse, gloutonnerie, psychisme [réflexes conditionnés] — système extéroceptif).

2°/ LE PROBLEME LIE A L'ESTHETIQUE :

En fait, il s'agit du vieillissement apparent consécutif à la perte totale des dents

dimension verticale diminuée

traits et sillons accusés
mimiques habituelles trop marquées, tics etc...

Alors que le premier problème peut être résolu en dehors de toute participation du patient, il faut au contraire ici la susciter.

En effet, le préjudice esthétique est évalué :

objectivement par le praticien
subjectivement par le praticien.

Côté objectif :

Les éléments positifs de restauration seront recherchés par le praticien parmi les facteurs principaux suivants :

— type morphologique (à rétablir)
— âge (à respecter)
sexe (vrai ou apparent) à marquer par le contour des formes, la teinte.

Toutefois, il devra tenir compte de facteurs accessoires liés au milieu familial et social qu'il appréciera en dehors même de ce que le patient pourra lui apporter.

Côté subjectif :

Il faudra laisser parler librement le patient qui fera connaître ses désirs les plus profonds, soit spontanément, soit grâce à notre aide. Il est évident que les facteurs considérés par le patient dépendront :

— de son intelligence
— de son âge
— de son sexe
— de son milieu familial
— de son milieu social
— de sa profession
— de son caractère.

L'anamnèse renseignera le praticien et l'aidera à élaborer la partie thérapeutique touchant à l'esthétique. Une fois encore la capacité du praticien et l'habileté conjuguée de ce dernier et de son technicien, seront nécessaires pour recréer une harmonie faciale. Pourtant le goût de l'un et de l'autre seront déterminants pour arrêter et exécuter la forme et la teinte de l'ensemble prothétique correspondant aux aspirations légitimes du patient à sa morphologie buccale, mais aussi aux possibilités techniques dont dispose le praticien, qui hélas ne sont pas sans limites. Parfois même les traits de l'édenté sont peu modifiés par l'édentation et c'est la prothèse qui apporte la déformation. Il faudra trouver un compromis acceptable.

Il est nécessaire d'insister sur ce point qui justement peut, dans certaines conditions, être à l'origine de nombreux refus d'appareils. Le patient ne reconnaissant pas ses traits habituels pourra mal réagir s'il est mal préparé, et consciemment ou inconsciemment tentera de faire ressortir ce qui lui semble être l'incapacité du praticien.

3°/ LE PROBLEME LIE AU PSYCHISME :

PLATON au Vme siècle avant Jésus-Christ avait déjà proclamé : « L'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre séparément la guérison du corps et celle de l'esprit ». Même si nous n'avions pas la caution de ce penseur illustre, et de tous ceux qui l'ont depuis réaffirmé, il va de soi qu'il est impensable pour un thérapeute, de désirer exercer une médecine exclusivement matérialisée. Le vétérinaire lui-même tient compte des réactions possibles des animaux qui lui sont confiés.

Or un homme si peu évolué soit-il, est doué de sensibilité, pense, réfléchit, réagit, et en tant que tel, mérite que tout problème pathologique le concernant, soit étudié dans un ensemble Physico-Psychique ou mieux Psychosomatique. Trop de problèmes dans le passé sont restés insolubles par suite de la méconnaissance de la liaison étroite qui existe entre le corps et l'esprit.

Pour ma part, je suis convaincu que tout diagnostic clinique doit être précédé d'une étude psychique, suivie elle-même d'une préparation psychique adéquate du sujet. En effet, une absence ou une mauvaise préparation psychique, peut parfois être à la base du déréglement de certains mécanismes physiologiques et induire un résultat thérapeutique négatif, tandis qu'une bonne préparation permettra toujours de mieux les comprendre et souvent d'obtenir une meilleure guérison.

Cette influence du « moral » sur le physique étant constante dans la quasi totalité des actes de la vie (décision en affaire suivant l'humeur du moment par exemple), nous avons pensé qu'il ne pouvait en être autrement dans les thérapeutiqeus de notre spécialité. Celles qui dépendent de la prothèse, pour être en partie d'essence mécanique, n'en sont pas moins placées sur un corps humain, qui ne manquera pas de réagir dans son entier : (exemple du tireur à l'arc qui mobilise toutes ses forces musculaires dans le temps de la concentration, d'où réaction du corps total comme le soutien justement le béhaviourisme).

La lecture de deux livres fort pertinents à ce sujet, m'a confirmé dans ma pensée . Il s'agit d'une part du livre de LE GALL et BRUN « Les malades et les médicaments », et d'autre part du livre de Léon BINET « Les défenses de l'organisme ». Tous deux, montrent suffisamment la spécification des réactions chez différents sujets devant des agressions identiques, notamment celles provoquées par les médicaments. Ainsi une médication qui ne sera pas souhaitée, risquera de ne point avoir la plénitude de son effet. Les ordres du médecin doivent être admis, mieux souhaités. Je ne puis résister à cet égard à l'envie de citer un cas qui reste présent à mon esprit parce que je l'ai personnellement vécu. Il s'agit du calvaire d'un homme de ma famille âgé de 72 ans, atteint d'insuffisance cardiaque. Terrassé par les interdictions et le régime subit qu'on lui avait fixé, il avait sombré dans un état dépressif tel, qu'il était arrivé à se persuader que toute alimentation lui était néfaste et s'acheminait vers une mort certaine par hyponutrition, alors que son insuffisance cardiaque pouvait rapidement s'équilibrer. L'âge

avancé du patient était certes en cause, mais la vision trop brusque d'un avenir devant le priver des seules joies terrestres dont il pouvait encore jouir, avait pertubé son psychisme à un point tel, que toute thérapeutique demeurait vaine.

La reprise en main de ce malade par un neuro-psychiâtre qui sut saisir la raison de cette dépression, aboutit assez rapidement à la stabilisation souhaitée, sans autre drogue que l'atténuation des interdictions (régime, descente d'escaliers notamment). Voici donc s'il en était besoin, la preuve patente que le médecin n'avait pas su préparer son malade aux nécessités thérapeutiques qu'il désirait lui imposer. Ainsi, le manque de précaution du thérapeute avait eu un résultat désastreux. Une étude même rapide du psychisme de son patient, lui aurait évité d'induire ces déboires, dus sûrement en partie à l'existence d'un organisme délibité, mais aussi et surtout au tempérament voire au caractère du sujet en cause, pour qui la vie ne pouvait avoir de saveur, si l'on en écartait certaines douceurs.

Il m'est facile maintenant, à travers cet exemple, de dire combien nos propres patients peuvent voir leur psychisme perturbé, par la perspective de l'atteinte d'une fonction qui permet aussi de participer aux satisfactions de la vie.

Mais là n'est pas le seul écucil. Les ennuis d'ordre psychique sont nombreux. Ils nous mènent directement vers le problème qui nous préoccupe.

Doit-on pour l'aborder faire appel à une école psychologique d'essence idiologique donc très « spécifiste », ou plutôt d'essence synthétique ?

Il s'agit pour nous d'avoir rapidement la vision globale donc synthétique du psychisme d'un individu normal, et d'étudier ensuite la spécificité de sa réaction, devant le problème donné. L'étude statistique qui s'en suivra, nous permettra de savoir si le comportement des sujets appartenant aux mêmes groupes psychiques, est le même pour tous, ou s'il diffère. Nous en tirerons les conséquences pour l'élaboration de notre thérapeutique.

Donc, nous ne jugerons pas les différentes écoles qui s'affrontent s'équilibrent ou se complètent. Nous choisirons parmi elles, celle qui nous permettra d'avoir à notre disposition un élément d'investigation simple, rapide, le plus complet possible, réaliste, en fait un instrument d'étude commode.

Nous ne rejettons pas pour autant toutes les autres. Nous expliquerons plus loin les raisons qui nous ont décidé à ne pas les utiliser, du moins dans leur intégralité.

D'ailleurs nous pouvons dire que, bien que nous ne l'ayons pas choisi comme base d'étude, nous n'hésitons pas à faire largement appel au symbolisme de l'Ecole Freudienne, qui complètera utilement nos éléments d'appréciation, dans la recherche de la solution de notre problème.

Nous pouvons déjà noter succintement les points intéressants qui s'en dégagent et qui ont un rapport avec notre étude.

Lorsqu'une thérapeutique est instituée, comment agit-elle ?

Il serait vain de nier l'action clinique du médicament, mais comme le disent très justement LE GALL et BRUN « Il ne suffit pas de prescrire un remède, il faut aussi le présenter au patient, pour que ce dernier puisse transférer sur la thérapeutique instituée, une partie de la confiance qu'il voue au praticien ».

Nous voici arrivé à la notion fort importante de la relation malade-thérapeute, thérapeute-malade, à laquelle s'attachent les termes de transfert et contre-transfert.

Relation Praticien-Malade.

J. LAPLANCHE et J. B. PONTALIS dans leur traité sur le « Vocabulaire de la Psychanalyse » définissent ainsi le transfert : « Terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalitique ».

En fait, ces auteurs reconnaissent dans le même traité qu'il est difficile de proposer une définition du transfert, parce qu'il s'agit d'une notion qui, dans l'esprit de nombreux auteurs a pris une extension très large, allant jusqu'à désigner l'ensemble des phénomènes constituant la relation du patient au psychanaliste.

En effet, lorsque malade et praticien se rencontrent pour la première fois, il s'agit d'un face à face où chacun épie l'autre dans ses moindres faits et gestes. Pourtant immanquablement, le patient est en état d'infériorité puisqu'il est demandeur. Il sollicite du thérapeute un traitement devant réhabiliter sa fonction perdue, son esthétique, atténuer sa souffrance morale etc... Il est pour lui inconsciemment un être supérieur, souvent l'être le plus important de son entourage, devant lequel il a l'impression de présenter un état mental régressif.

En fonction de cet état de fait, il se développe spontanément chez ce patient des sentiments vis à vis de son thérapeute. Dans l'optique de FREUD, on nomme cette relation affective malade-praticien « transfert ». De son côté, le praticien inconsciemment aussi, présente à l'endroit de son malade certains sentiments. Toujours dans l'optique de FREUD, on nomme cette relation affective praticien-malade « contre-transfert ».

Ces relations affectives ne sont pas forcément de même nature. Dans le cas du transfert, elles sont la plupart du temps librement consenties par le malade qui a choisi son praticien, tandis qu'elles sont imposées au praticien qui subit son malade.

C'est pourquoi d'emblée le transfert concrétise une relation privilégiée au bénéfice du praticien, et ne sera retiré qu'à la suite d'un jugement postérieur en fonction du comportement du praticien. Tandis que le contre-transfert peut-être d'emblée défavorable, mais aussi favorable. S'il est défavorable, il peut se traduire par une antipathie spontanée inconsciente vis à vis du patient, voire par un rejet du patient par le praticien. S'il est d'emblée favorable, patient et thérapeute évolueront dans une harmonie affective qui sera bénéfique pour le traitement, à condition que ne s'insinuent pas de fausses notes dans les relations qui trouvent leur origine dans le comportement de l'une ou l'autre des parties.

JUNG pense que l'état d'infériorité dans lequel se trouve le malade peut lui conférer une ambivalence sentimentale pouvant évoluer de l'amour à la haine ; cette dernière entraînerait la fameuse fausse note, sans doute en fonction d'un phénomène d'identification ou de projection sur le praticien. Mais ce phénomène est tellement intégré au sujet, que seules des recherches poussées de type psychanalytique permettraient de le mettre en évidence.

Nous nous contenterons donc d'en constater le résultat à travers le comportement du malade. Ce comportement sera une réponse globale dépendant à la fois des pulsions internes, autrement dit de l'instinct, des structures caractérielles, plus ou moins accolés à ces pulsions, des tendances affectives, de l'acquis du malade.

Dans le cas du praticien, il en est de même, mais son rôle est plus délicat car sa vocation le porte à dispenser son savoir à tous et il doit tendre, quoiqu'il pense, à éviter la coupure, en orientant son comportement d'une façon convenable, propre à donner confiance à son patient et à lui permettre d'annihiler rapidement tous sentiments néfastes. Il ne pourra y arriver qu'en essayant de comprendre le caractère de ce patient et les aspirations profondes qui s'y rattachent.

Facteurs conditionnant la Psychologie du malade.

Si nous poussons plus loin la théorie de FREUD, nous devons aborder le point de vue sexuel qui s'attache à notre problème. Il va nous éclairer sur les **significations psychologiques de la Cavité buccale.** L'homme passerait au cours de sa vie par plusieurs stades sexuels : l'oral, l'anal, le phallique, le génital, qui peuvent se prolonger en associant les manifestations spécifiques de chaque stade. Ceci nous indique que la bouche représente une zône érogène importante, engendrant chez l'homme diverses manières de plaisir.

On comprend donc que, d'une part l'édentation qui caractérise un vieillissement parfois prématuré de cette région orale, peut induire un certain complexe de frustation voire de castration. D'autre part l'intervention du chirurgien dentiste qui déjà constitue une espèce de violation d'une partie intime du malade, pourra être sévèrement jugée si elle n'aboutit pas à sa régénération quasi totale, en somme à son rajeunissement. Cette explication d'essence psychanalitique est très plausible.

■ Pourtant tous les sujets ne réagissent pas de même façon devant le même problème.

Un élément complémentaire joue donc un rôle de gouvernail ? Quel est-il ? Est-ce le libre arbitre dont jouit chaque individu, qui s'apparente en somme au « moi Freudien » ? En partie tout au moins.

Le trouve-t-on dans l'histoire personnelle du malade, dans son acquis ? Sûrement. Mais encore une fois, cette histoire personnelle ne transparait pas d'emblée, alors que nous sommes toujours capables, à un moment ou à un autre, de saisir un trait caractériel dominant du malade, à la faveur d'une de ses réactions. Or, même si ce trait dominant n'est que la conséquence de l'acquis conscient ou inconscient du malade, il nous permet de lever rapidement une partie au moins, du voile qui entoure le domaine psychologique du malade.

Cela est tellement vrai que le sens commun l'a érigé en règle universelle. En effet, n'a-t-on pas coutume d'entendre dire « c'est un sentimental », « c'est un amorphe », « il a du caractère » etc...

Autant de raisons pour nous de penser que, s'il n'est pas question de faire de chaque thérapeute un psychanaliste, il faut chercher ailleurs les possibilités d'étudier et de prévoir les réactions des patients, qu'elles qu'en soient les origines profondes, de même que de nombreux mortels utilisent la T.S.F. sans pour autant connaître l'existence des ondes hertziennes. La caractérologie permettra d'y parvenir habilement, rapidement. Elle sera un instrument commode, étant entendu que nos investigations ne porteront que sur des sujets adultes, qui psychiquement ne sont marqués par aucune atteinte morbide ou pré-morbide.

A ce stade de notre pensée, nous pouvons aborder l'étude de la manifestation de ce psychisme chez l'édenté total. Il convient d'en distinguer deux phases.

A/ L'atteinte psychique de l'édenté devant son infirmité :

Elle découle en partie des problèmes posés par l'impotence fonctionnelle et esthétique et dépend à ce titre des mêmes contingences.

Passons en revue les facteurs agissants et analysons leurs incidences possibles en précisant déjà qu'ils vont s'imbriquer pour arriver selon les cas, à se potentialiser ou à se neutraliser.

a) *Etiologie de l'édentation :*

Ce facteur engendre un état d'esprit différent chez le sujet, selon que cette édentation est :

— accidentelle (traumatisme, pathologie osseuse)

— consécutive
  * à un état de polycaries traité sans trop de résultat
  * à une maladies parodontale

— consécutive à un état de polycaries non traité.

Ces différentes pathologies impliquent une notion de rapidité ou de lenteur dans l'édentation, en même temps qu'un désir de lutte ou une abdication devant la maladie.

— Dans le 1er cas, l'atteinte psychique peut-être grave d'emblée par suite de la rapidité de l'édentation et l'impossibilité de la prévoir, donc de l'arrêter.

— Dans le 2ème cas, l'édentation est longue à se dessiner, la lutte est organisée ; toutefois, les résultats négatifs peuvent engendrer une atteinte psychique importante du fait que le patient est conscient de l'inutilité des soins qu'il subit. Elle pourra même s'aggraver, si le praticien annonce lui-même la nécessité de l'édentation ; en effet, il pourra être inconsidérément incriminé, les rapports praticien-malade risquant de se durcir et les résultats thérapeutiques d'en souffrir. Elle pourra être

moins grave si cette édentation est souhaitée par le fait d'une lassitude thérapeutique, consécutive au peu de résultat acquis.

— Dans le 3ème cas, l'atteinte psychique est en général peu grave, car l'édentation correspond à une négligence coupable chez un sujet souhaitant en définitive en finir avec ses dents.

Devant un psychisme déjà plus ou moins perturbé, comment les autres facteurs vont-ils agir ?

b) *L'intelligence :*

« C'est une aptitude à comprendre les relations qui existent entre les éléments d'une situation afin de s'y adapter et de parvenir à un but recherché ».

Cette formule donnée par le Dr Paul BERNARD, définissant en fait l'intelligence pragmatique, nous satisfait pleinement dans le contexte de notre travail, car c'est celle qui exprime le mieux la forme d'intelligence qui va intervenir pour aiguiller le psychisme de l'édenté total. Il est donc évident que plus elle sera développée, plus le sujet sera apte à comprendre objectivement ce qui lui arrive et ce qu'il sera possible de faire pour y pallier.

Mais cela suffit-il à lui assurer une immunité psychique ? L'expérience ne nous permet pas de le penser. Il pourra certes comprendre les difficultés qui ne manqueront pas d'accompagner le traitement et sera donc plus porté à coopérer, mais sa souffrance morale n'en sera pas pour autant annihilée bien au contraire, et sous certaines conditions, son psychisme pourra être fort ébranlé.

Pouvant faciliter les relations praticiens-patients mais n'ayant pas une résultante forcément favorable dans le déroulement du traitement, il ne sera pas utile de la rechercher ou de la mesurer systématiquement à l'aide des tests tels que ceux de BINET-SIMN, TERMANN ou autre WECHSLER BELLEVUE, que la science psychotechnique met à notre disposition.

c) *La maturité :*

Il s'agit ici du développement normal de la personnalité humaine qui, nous dit encore le Dr Paul BERNARD « atteint sa maturité quand l'homme est capable d'établir en adulte des relations sociales bien adaptées avec son milieu, c'est à dire en apportant quelque chose aux autres, et non en enfant, donc en fonction de ce qu'il reçoit ». De telles relations lui permettent de partager la satisfaction des autres et d'éprouver leur sécurité comme étant d'importance égale à la sienne ».

Il va de soi que la maturité et l'affectivité ont des raports très étroits. Cela nous mène à dire et nous l'avons constaté maintes fois, que toute perturbation de l'affectivité entraîne une perturbation de la maturité.

L'immaturité introduira donc une difficulté supplémentaire pour le praticien, qui d'emblée, saisira le côté peu social du patient et les troubles affectifs concomittants. Mais pourquoi cette immaturité ? Elle

nous semble due à la conjonction d'une caractérologie particulière et d'un milieu familial ou social favorisant, qui interdit l'équilibration des forces tendancielles concourant habituellement au développement d'une personnalité harmonieuse ou du moins acceptable.

d) *L'âge :*

Il est rare que l'édentation totale frappe les personnes très jeunes, mais cela arrive.

Les considérations générales qui s'attachent à l'âge, permettent d'envisager des réactions différentes selon les trois périodes de la vie de l'homme :

les hommes jeunes, les hommes mûrs et les vieillards.

Chez les jeunes, le signe de vieillissement prématuré occasionné par l'édentation, le fait que la bouche fasse partie de la sphère céphalique symbolisant notamment la pensée, le langage et représente en outre un milieu intime appartenant au domaine sexuel, peuvent créer un complexe de castration et amener une atteinte psychique extrême, en rapport étroit avec la personnalité.

Chez les êtres mûrs, la vie déjà avancée permet de part les expériences vécues, de mieux s'adapter en général. Mais comme chez le jeune, le complexe de castration est possible en fonction du signe de vieillissement et de la personnalité ; le genre de vie peut rendre le choc plus marquant. Sans anticiper sur l'enquête que nous exposerons plus tard, il faut noter un « âge critique », (différent selon les sujets) au cours duquel l'édentation engendre plus facilement un désordre affectif. Chez l'homme il correspond à une recrudescence passagère de l'activité sexuelle. Chez la femme il correspond au trouble organo-hormonal post-ménopausique.

Chez le vieillard tout peut se passer à merveille, mais tout peut être compliqué à souhait, car le grand âge modifie l'état psychologique des sujets, en affirmant les tendances psychiques bonnes ou mauvaises. Ils peuvent devenir des hypocondriaques irritables, voire agressifs approchant parfois la névrose.

De toute façon, à tous les âges l'édentation engendre un sentiment d'insécurité.

e) *Le sexe :*

Il est étroitement lié au facteur âge et trouve davantage de résonnance chez les jeunes et les hommes mûrs.

On doit noter que dans la plupart des cas, l'atteinte psychique dépendant de ce facteur est plus marqué chez la femme qui recherche davantage un effet esthétique adapté à son sexe. Mais cela peut être aussi vrai pour l'homme.

Il est classiquement admis que l'adolescence est l'époque du choix pour l'homme. Durant cette période difficile il prend conscience de la morphologie liée à son sexe ; ou il l'accepte ou il la refuse. Dans ce dernier cas diverses options s'offrent à lui. Il se réfugie dans la pureté, l'abstraction intellectuelle, la maladie (anorexie mentale, tendance schi-

zophrénique) ou il établit une représentation de sa personne en concordance avec le sexe opposé, et s'y refère toute sa vie.

Négliger l'appréciation du sexe réel et apparent serait donc une faute pour le praticien .Cette négligence pourrait aussi entraîner une atteinte psychique grave induisant un refus de la thérapeutique.

f) *La profession* :

Il serait fastidieux de dénombrer les diverses professions ,pour déterminer les incidences de l'édentation totale sur chacune d'elle. Contentons-nous de dire que l'impotence fonctionnelle et le préjudice esthétique prennent une part égale à l'éclosion des troubles affectifs. Pour s'en faire une idée, songeons aux difficultés de langage qui peuvent assaillir un représentant de commerce, un commerçant ou un P.D.G., et pensons aux mille ruses inventées par ces mêmes personnes pour cacher leur facies édenté. Quant aux artistes ou aux joueurs d'instruments à vent, c'est encore pire !

g) *Le Milieu Social — Le Rang Social* :

Ces deux facteurs nous aideront la plupart du temps à jauger l'intelligence du patient, à déduire ses possibilités de compréhension de notre thérapeutique et peut-être même sa coopération. Hélas, le milieu social ne présente pas seulement un côté positif ; il est aussi déterminant dans le développement des troubles psychiques. D'abord parce que le sujet redoute à juste titre ses réactions et craint de s'y présenter diminué. De la moquerie la plus banale aux sarcasmes les plus terribles, l'homme peut tout redouter de ce milieu.

Le rang social qu'il y occupe ne le mettra à l'abri de rien, bien au contraire, car jalousie, haine, susceptibilité etc... en feront une cible de choix. Cela risquera de le rendre plus exigeant envers son thérapeute. Son désappointement éventuel pourra en faire un tourmenté, un malheureux, un revendicatif. Le praticien devra le noter, pour envisager la solution de choix pouvant éviter cet affrontement douloureux, possible générateur de complexes.

h) *Le Milieu Familial* :

Avant le traitement, si tout est normal c'est en général le milieu favorable à la résolution du problème de l'édenté. C'est le milieu le plus écouté, celui qui en général a le plus d'emprise sur le patient. Il faut donc tenir compte de ses conseils, de ses objections. Il peut devenir dangereux si le patient vient à craindre un arrêt des sentiments affectifs que les membres de sa famille lui portent. Cette crainte parfois justifiée, peut engendrer un trouble psychique du malade.

■ Les divers facteurs que nous venons d'analyser sont donc tous susceptibles à des titres divers, d'engendrer cette psychopathologie que le praticien doit saisir pour la court-circuiter.

Pourtant malgré toutes les sollicitations, un certain nombre de patients échappe heureusement à ces angoisses, et cela en dehors de leur

propre volonté ou de celle du praticien, qui très souvent exécute sa fonction, sans penser le moins du monde aux réactions éventuelles du patient.

Quel est donc le facteur qui peut indifféremment préserver ce bénéfique équilibre psychique ou induire le trouble de même essence qui doit être redouté. Nous pensons qu'il ne peut s'agir que du caractère.

i) *Le caractère de l'édenté :*

Prenant ses racines au sein même de l'inconscient de l'être, il nous semble être l'expression d'une synthèse provenant :

— de la transmission des gênes héréditaires
— des pulsions internes intra et extra foetales, inconscientes, décrites par l'Ecole Freudienne
— des mécanismes physiologiques propres à l'individu considéré et à son âge.

A cette synthèse vient se joindre l'expérience consciente, de quelque origine qu'elle soit, vécue au cours de la vie.

Cet acquis vital détermine déjà l'idée de la personnalité qui, interférant avec le caractère, en régle ses moyens d'expressions.

A ces divers titres, le caractère conditionne l'affectivité de cet être et le prédispose à la détresse, au réalisme ou à l'optimisme.

Nous pressentons donc déjà la nécessité pour le praticien d'une approche caractérologique sérieuse, devant lui permettre de prévoir les réactions du patient, pour favoriser un comportement permettant d'éviter les refus de la thérapeutique. Nous y reviendrons plus loin.

Maintenant que nous avons saisi l'état d'esprit possible de l'édenté devant son édentation, nous devons essayer de comprendre ses réactions devant la thérapeutique et son élaboration.

B/ La réaction psychique de l'édenté devant son praticien :

Tout traitement dentaire, la prothèse comprise, est en général dominé par la crainte du malade face au praticien.

Bien que la « peur du dentiste » soit considérablement atténuée lorsqu'il s'agit d'une thérapeutique concernant l'édenté total, il nous faut la situer puis préciser ses fondements dans le cas particulier.

■ *LA PEUR DU CHIRURGIEN DENTISTE*

a) *Ses manifestations :*

Une enquête discrète menée par nos soins auprès de nombreux patients et étayée par les réactions de ces derniers au traitement qui s'en suivit, nous permet d'affirmer que tous les patients n'avouent pas cette peur, mais que la quasi totalité la ressentent.

Ceux qui l'admettent ou même la proclament, le font avec une spontanéité telle, qu'il est permis de penser que la mentalité primitive

de l'individu est sous-jacente à l'écorce représentée par le vernis de culture et de rationalisme qui caractérise les gens de notre époque. La justification de cette peur, repose pour beaucoup sur des croyances touchant plus ou moins à la magie. On croit avoir affaire au pauvre hère qui implore le sorcier de réaliser un miracle.

— Chez ceux qui ne l'avouent pas, elle s'affirme de deux manières.

■ La première par des manifestations musculaires (trémulation), sympathiques (sueur, pâleur) ou tout simplement par des cris ou des supplications n'ayant aucun rapport avec l'excitation sensitive provenant du traitement, ou même en dehors de toute excitation, mais à la seule approche du praticien.

■ La seconde par l'expression d'opinions prêtées aux autres, tout en affirmant qu'on ne l'a jamais ressentie. Ce groupe de sujet refrène mieux la peur qu'il ne veut le reconnaître.

En fait, si l'on s'en réfère à FREUD, on sait que les idées ou les sentiments que l'on prête aux autres, ne sont souvent que la projection de ce que l'on ressent soi-même. C'est ainsi que l'on peut dire que l'aveu est implicite.

b) *Sa définition :*

Comme nous-même, la plupart des patients sont embarrassés pour définir cette peur. Pourtant on peut dire en gros, qu'il s'agit d'une peur phobique. C'est une angoisse devant un danger imminent, essentiellement axée sur l'idée de douleur, mais qu'on ne définit pas entièrement, car on n'en peut évaluer ses limites et on soupçonne un polymorphisme inquiétant.

— Certains souhaitent l'aborder pour l'oublier rapidement, n'ayant pourtant jamais souffert.

— D'autres ne cessent d'être angoissés durant tout leur traitement. Pour reprendre le terme de MANNE, ils font de « l'odontophobie ».

— D'autres enfin l'admettent, l'intégrent dans leurs soucis quotidiens sans y prêter plus d'attention et s'y résignent calmement.

Il est évident que l'éducation et tous les facteurs d'environnement (familial, social, ethnique, culturel) jouent un rôle dans la genèse ou du moins dans l'explication de cette peur, mais ici encore apparaît clairement la divergence des réactions en fonction du caractère des sujets.

Quels sont donc les éléments concourant à créer cette peur ou plutôt qu'elles en sont les explications ?

Il est assez arbitraire de les dissocier alors qu'elles s'imbriquent intimement chez la plupart de nos patients. Toutefois, par souci de clarification et de compréhension, voici la classification que je propose :

c) *Classification des différentes raisons concourant à sa genèse :*

1°/ *Raisons ontogéniques et philogéniques :*

Les audacieuses hypothèses formulées dans cette optique, nous apprennent notamment que la peur chez l'homme est l'héritage archaïque d'une angoisse humaine fondamentale. Si effectivement elle peut être à la base de toutes les peurs humaines, elle ne peut à elle seule expliquer toutes ces peurs, et particulièrement « l'odontophobie ».

2°/ *Raisons psychophysiologiques :*

■ *crainte de la douleur*

— supposée
— fondée (déjà vécue au cours d'expériences antérieures).

On peut définir la douleur en reprenant les termes de Léon BINET qui :

— d'une part citait ARISTOTE expliquant la douleur par référence à son contraire le plaisir, disant qu'elle était « Toute sensation déplaisante ou désagréable qu'elle provienne d'un événement extérieur ou intérieur du corps, ou intérieur à l'âme ».

— et d'autre part citait SHERRINGTON pour qui la douleur demeure une sensation définie comme « l'accessoire psychique de réflexes impératifs de protection, déclanché par des stimulis ou des situations nociceptives ».

On peut donc dire que la douleur est un phénomène subjectif, qui s'intègre dans une réaction globale de l'individu vis à vis du contexte qui la provoque.

Il s'agit pour nous d'une douleur que le chirurgien dentiste peut provoquer ou exacerber dans une région que tout le monde s'accorde à reconnaître hypersensible, d'où la crainte importante qui est la raison princeps de la peur du dentiste ; la plupart des autres raisons en découlent.

Aussi pour nous, cette douleur particulière, toujours combattue mais jamais totalement vaincue, constitue-t-elle la représentation du danger qui est intériorisé et souvent d'essence imaginative dans son évaluation globale ; c'est donc un élément du psychisme lui-même qui, à travers la représentation de la douleur, détermine cette tension qu'est l'angoisse, manifestation de la peur du dentiste.

Dans une optique psychanalitique, il y aurait opposition entre le moi conscient et les instincts inconscients ; l'instinct de conservation l'emporterait au profit de la mobilisation des systèmes de défense de l'organisme contre le danger soupçonné : la douleur.

■ *crainte devant la vision d'une déchéance irréversible et d'un trouble fonctionnel concomittant :*

Chacun sait qu'un bout de dent disparu ne se reforme pas, qu'une pulpe nécrosée ne se regènère pas, enfin qu'une dent perdue ne « repousse pas ». Aussi existe-t-il chez l'individu en même temps qu'une prise de conscience d'un début de déchéance, d'une diminution de la physiologie dentaire, une peur liée à la pensée que cette déchéance ne cessera de s'affirmer et d'ajouter au trouble fonctionnel primitif. Certains patients nous l'ont exprimé avec conviction.

3°/ *Raisons psychosociologiques :*

— crainte provenant d'une mauvaise éducation familiale basée sur des imprécations répétées à l'adresse du chirurgien dentiste.

— crainte provenant de la même sensibilisation en provenance du milieu social.

— crainte provenant de propos rapportés sur les coutumes barbares de nos ancêtres « les charlatans », ou des photos symbolisant ces coutumes, ayant préparé l'esprit à redouter le moment de la confrontation.

4°/ *Raisons affectives et caractériologiques : Indissociables.*

— angoisse liée à l'abandon d'une partie de sa personnalité à un tiers plus puissant par son savoir (complexe de frustration, voire de castration.

— crainte légitime qui s'attache à la représentation d'une atteinte corporelle future en pleine conscience.

— angoisse provenant d'une réaction émotionnelle à un danger possible de douleur, voire de mort imaginée, pressentie par un psychisme imaginatif, tourné vers la douleur qu'à la faveur d'une néologisme on pourrait nommer « dolorophobie ».

En fait, on s'aperçoit que tout tournera autour de l'entité praticien-malade, qui forme un tout relationnel au sein duquel naît une psychologie qui lui est propre, qu'il est souvent bien difficile d'apprécier et que nous nommerons « psychologie de contexte ».

5°/ *Raisons odontotechniques :*

— craintes provenant :

* d'un mauvais accueil du personnel et du praticien, d'une mauvaise organisation.
* d'un mauvais agencement de l'appareillage.
* de couleurs choquantes des locaux professionnels.

■ Si l'on envisage le cas de l'édenté total, on s'aperçoit que le problème est assez différent, vu le trouble fonctionnel irréversible lié à la déchéance totale de l'organe dentaire.

Lorsque la peur persiste elle est rarement fondée, si ce n'est dans le cas d'une condition médicale particulière du patient pouvant déterminer par exemple des troubles nauséeux importants (alcoolisme, cholécystite, troubles stomacaux) et amenant ce dernier à craindre la prise d'empreinte.

Elle se manifeste plutôt par une anxiété qui détermine un comportement psycho-affectif particulier en rapport avec le malade. Cette anxiété provient de la nécessité pour le patient 1°/ d'admettre un corps étranger pour remplacer un organe déficient, qui pouvait jouer un grand rôle dans la vie affective du patient.

2°/ d'admettre l'agression concomittante à l'élaboration de la thérapeutique prothétique, qui se concrétisera par l'intrusion d'un tiers dans un de ses milieux intimes.

Tous les facteurs ayant eu un effet psychique quelconque au moment de la prise de conscience concernant la nécessité de l'édentation, vont ici aussi jouer un rôle. Nous n'y reviendrons pas, car les mêmes causes produiront les mêmes effets. Nous nous bornerons à noter que l'aggressivité sera la principale conséquence des perturbations psychiques provenant de complexes de frustation de castration, de la ménopause ou de conflits internes d'ordre social, familial ou sexuel.

C/ **La réaction psychique de l'édenté devant la prothèse :**

Très importantes aussi nous apparaissent les attitudes mentales des patients devant les phases préparatoires à la confection de la prothèse.

Les travaux de MOULTON, SAIZAR et mes propres travaux sur la prothèse totale (1) me permettent d'en établir la classification suivante que je produis pour mémoire :

— Le réceptif coopérant ou équilibré. (Le meilleur patient).
— Le réceptif non coopérant.
– L'indifférent.
– Le résistant (négatif).
— Le timide (anxieux).
— Le fanfaron (parfois hystérique). Excessif en tout.
– Le persécuté (chicanier, paranoïaque, peu tolérant).
Le dépressif. (Sans volonté).
– L'inquiet ou plaignant chronique (exigeant).
L'instable ou revendicateur (obsédé).

(1) « Le problème de l'édenté total ». Chirurgien Dentiste de France du 29 Mars et 5 Avril 1967.

Nous rangerons avec DORIER en marge de cette classification 2 cas soulevant des problèmes particuliers :

- La femme ménopausique, surtout.
- Le fumeur, parfois.

En fait, ces attitudes mentales peuvent être classées en deux groupes selon la réaction générale du patient devant le traitement.

a) *La réaction est favorable :*

— soit pas suite d'un bon équilibre psychique (propre au patient).
— soit par suite d'un transfert favorable (propre au praticien).

Ici pas de problème.

b) *La réaction est défavorable :*

- soit par suite d'un déséquilibre psychique (propre au patient).
— soit par suite d'une absence de transfert (propre au praticien).

Ici de nombreux problèmes peuvent se poser. qui sont à l'oirgine des refus de prothèses. Comment peuvent-ils se résoudre ?

Il s'agit d'un déséquilibre psychique, l'attitude du praticien sera primordiale pour le corriger. Il devra tout faire pour provoquer ce phénomène affectif positif né du face à face praticien-malade que l'on nomme « transfert favorable » qui en fait se résume en une confiance totale que le malade voue ou accorde au praticien. Ce transfert créera un climat serein et induira la plupart du temps une réaction favorable.

S'il s'agit justement d'une absence de transfert pouvant être doublée d'un déséquilibre psychique, la réaction défavorable pourra s'orienter vers deux comportements :

— *Le patient avoue sa détresse.*

Jette son masque. Il n'y aura pas de refus de la prothèse.

— *Le patient n'avoue pas sa détresse.*

Il se replie sur lui même. Il y aura refus de la prothèse. Il sera rarement confessé.

Le patient usera de subterfuges propres à camoufler son refus. Il tentera de démontrer l'inefficacité de la thérapeutique, d'abord consciemment (contractions musculaires propres à rendre la prothèse inopérante), puis inconsciemment (tics traumatogènes troublant l'équilibre prothétique).

■ De nombreux cas cliniques pourraient étayer cette assertion, mais je n'en citerai qu'un particulièrement édifiant. Il s'agit d'une femme

âgée de 42 ans sur laquelle j'ai du procéder au renouvellement de deux prothèses complète du maxillaire, par faute d'avoir compris son problème, qu'elle avoua plus tard au cours d'une séance orageuse. Deux prothèses se succédèrent, présentant des garanties de rétentions maximales vérifiées par les tests habituels, mais malheureusement toutes atteintes semblait-il d'un même défaut, les portant à se décoller du palais quelques secondes après la pose. C'est seulement après la confection de la 2ème prothèse que, devenu plus perspicace dans la recherche des causes de ce défaut, je perçus une mimique anormale sur la face de ma patiente, objectivité par une légère modulation cutanée de la partie antéro-supérieure du Masséter.

Comprenant alors soudain qu'un mécanisme musculaire se déclenchait j'en informais ma patiente. J'eu la surprise de ne plus voir la prothèse se détacher et la patiente partir sans mot dire. Je ne pensais pas encore à un trouble d'origine psychologique et m'estimais heureux d'avoir fait prendre conscience à ma patiente du trouble musculaire qui engendrait ses ennuis. Je ne tardais à la voir revenir, arguant des mêmes ennuis et devenant plus revendicatrice. Soupçonnant alors un manège irrégulier, pour renforcer la prise de conscience de la patiente, je me fâchais délibérément. Etonnée sans doute par la soudaineté de mon attaque et se croyant découverte, j'eus la surprise de la voir éclater en sanglots et de me confesser ses supercheries.

En quelques mots elle me rappela le souhait timide qu'elle avait formulé lors de la première consultation au sujet d'une prothèse fixe sur implant. Elle m'exposa les réserves que j'avais prononcées à son encontre et notamment les honoraires élevés attachés à une telle thérapeutique, qui en fin de compte l'avaient découragée. Elle m'expliqua la déception qu'elle avait éprouvée et la résolution qu'elle avait prise de me démontrer son impossibilité d'adaptation à la prothèse conventionnelle, afin de m'obliger, par suite d'un échec qui m'aurait été imputable, à lui offrir la prothèse qu'elle désirait.

Le mécanisme était clair. Décidé alors a établir toute la lumière, je lui demandais de me confier les raisons profondes de cette attitude. Elle ne put la rattacher qu'aux nécessités de la vie liées à son âge et aux exigences esthétiques qui imprégnaient tout son être.

En fait, j'avais connu des cas semblables n'ayant engendré aucune difficulté. Seule la personnalité de la patiente pouvait donc être en cause, puisque le problème était identique.

Je compris aussitôt combien mon erreur avait été grossière de n'avoir pas cherché à saisir cette personnalité et d'avoir par suite négligé la préparation psychologique de la malade.

CHAPITRE II

NECESSITE D'UNE CONNAISSANCE DE LA PERSONNALITE

Nous avons à ce stade, mis en évidence le rôle primordial du facteur psychique dans le contexte de l'édentation totale, de sa thérapeutique et du praticien qui l'élabore. Nous connaissons les problèmes qu'il soulève, mais nous ne savons pas pour autant y porter remède. L'intuition du praticien qui parfois s'avère efficace, est rarement suffisante. Nous nous sommes donc attachés à rechercher le véritable catalyseur des problèmes psychiques propres à la pratique de l'odonto-stomatologie. Il s'agit en effet ici d'un problème particulier.

Le praticien en permanence penché sur un patient lucide, conscient, qui indifféremment l'épie, le juge, le flatte, l'implore, doit surveiller ses attitudes en même temps que son travail et subit parfois ses sarcasmes immérités pour avoir, à son corps défendant, provoqué une douleur ou une gêne qu'il savait par avance inévitable.

N'y-a-t-il pas là matière à faire un complexe de culpabilité, à moins d'être atteint de sadisme ? N'est-ce pas une situation toute particulière par rapport à l'ensemble des thérapeutes qui, pour la plupart, bénéficient de l'anesthésie générale ou ne soumettent leur patient qu'à des actes douloureux de courte durée ? Et malgré une situation qui de prime abord semble favorable au thérapeute, que de stress assaillent les chirurgiens dentistes ? Il apparait donc clairement qu'il s'agit d'un face à face particulier.

Mais comment expliquer justement, que l'attitude mutuelle de deux êtres réunis à des fins thérapeutiques, ne soit jamais constante, autant pour le praticien que pour les patients, alors que la finalité de leur rapport est parfaitement connue.

Nous pensons que cela découle d'une méconnaissance de la personnalité du patient par le praticien. Le contraire n'est pas nécessaire, d'a-

bord parce que le patient en s'adressant à tel ou tel praticien lui a déjà manifesté une certaine confiance, et qu'ensuite c'est le praticien qui mène le jeu et doit adapter sa propre personnalité à celle du patient, en infléchissant ou en affirmant son autorité selon les cas.

Nous en revenons donc à la fameuse « psychologie de contexte » d'où naîtra le bénéfique transfert affectif du patient vers le praticien.

Divers travaux ont été publiés, diverses hypothèses ont été émises en vue d'approcher la personnalité humaine. Les plus importants méritent d'être cités.

■ La psychologie générale basée sur l'étude trop souvent théorique des principales manifestations psychiques et psycho-physiologiques telles que la sensation, la perception, l'attention, la mémoire etc..., nous apporte en fait peu de ressources pratiques.

Elle confère à celui qui l'étudie une possibilité de spéculation intellectuelle, mais manque sur beaucoup de points de réalisme. On peut tout au plus s'y référer pour aborder le psychisme d'un individu.

■ La psychologie des profondeurs, qui, au prix d'investigations psychologiques très fouillées, vise à expliquer de façon psychogénétique la formation des attitudes d'un sujet à travers un certain nombre de processus inconscients, nous paraît par contre fort utile.

Hélas, son efficacité est fonction d'études poussées et complexes, aussi ne peut-elle correspondre à ce que nous recherchons dans ce travail.

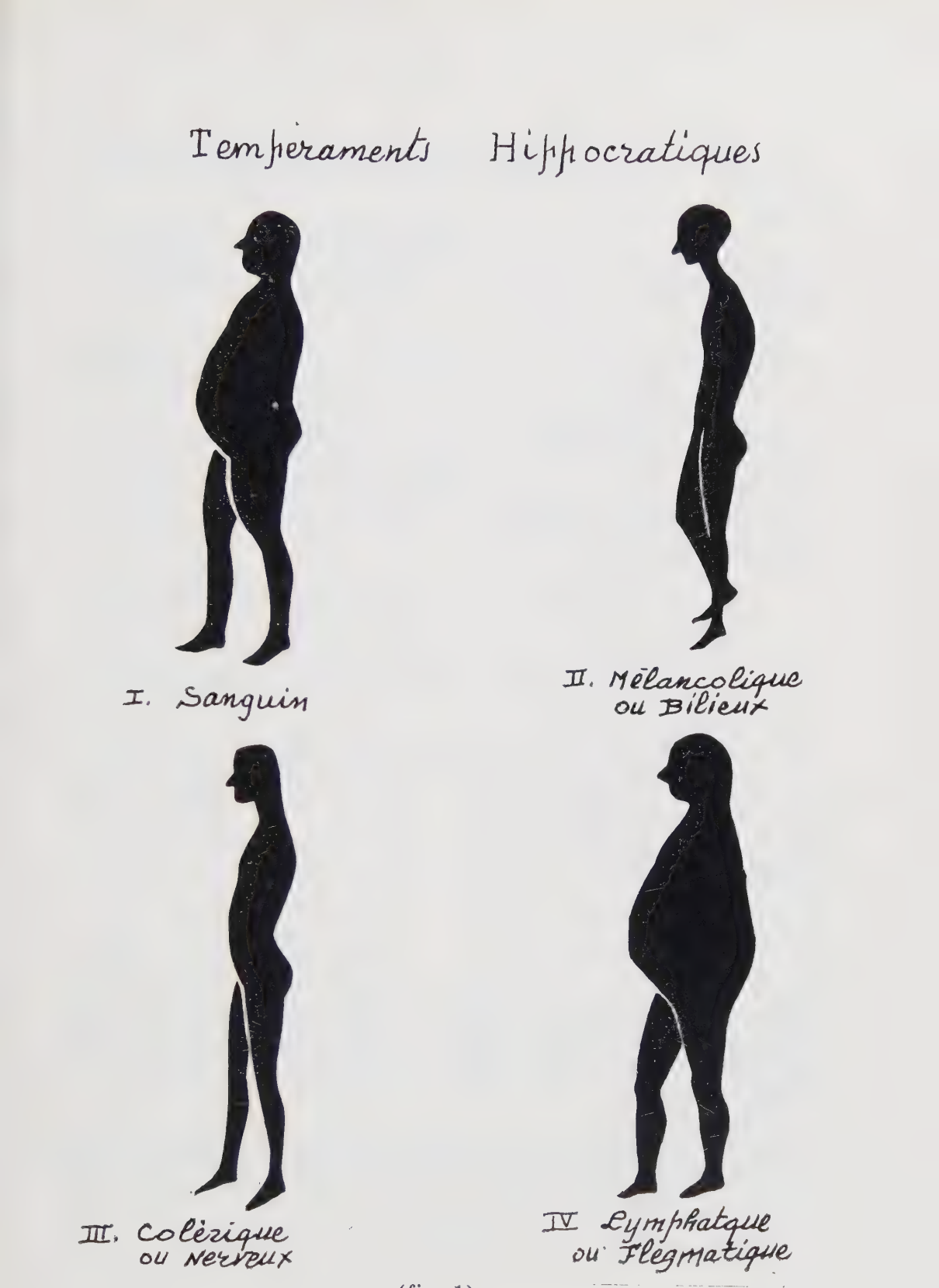
L'Ecole Freudienne qui appartient à ce groupe, sera, ainsi que je l'ai déjà noté, très intéressante par l'utilisation de certaines conclusions admises par tous et par le symbolisme qu'elle met à notre disposition. Nous ne manquerons pas de nous y référer.

Toutefois, nous y recourons plutôt pour interpréter l'origine des mécanismes de rejet de la thérapeutique que pour camper un type psychologique. Nous ne l'utiliserons en matière de diagnostic que par l'intermédiaire des psychiatres auxquels nous confierons nos patients atteints de névrose confirmée.

Il en sera de même pour l'Ecole du Behaviourisme qui quoique différente de l'Ecole Psychanalytique dans ses conclusions, fait comme elle appel à l'ensemble des éléments acquis dans la 1re enfance, pour étayer ses fondements d'une façon nous semble-t-il parfois exagérée.

Bien d'autres écoles ont essayé d'approcher depuis très longtemps le psychisme humain.

■ Dès le Vème siècle avant Jésus-Christ, HIPPOCRATE avait établi une classification des tempéraments, reprise d'ailleurs par GALIEN, qui influença la médecine jusqu'à l'époque moderne ; à telle enseigne que l'Ecole Russe de PAVLOV la retint pour servir de cadre à ses travaux fameux sur les réflexes conditionnés. On y trouvait 4 grands types humains : le Sanguin - le Mélancolique ou le Colérique ou nerveux - - le Lymphatique. **(fig 1).**


Tempéraments Hippocratiques
I. Sanguin
II. Mélancolique ou Bilieux
III. Colérique ou Nerveux
IV Lymphatique ou Flegmatique

(fig. 1)

- Elle inspira VANNIER pour la création de sa typologie et l'Ecole Homéopathique avec les 3 types : Carbonique, Phosphorique, Fluorique. **(fig 2).**

— L'Ecole Française de SIGAUD proposa une classification morphologique bien connue en odonto-stomatologie puisqu'elle conditionne encore l'esthétique de nos prothèses : les types musculaires, respiratoires. digestifs et cérébraux. **(fig. 3).**

— VIOLA et l'Ecole Italienne proposèrent une classification basée sur des critères constitutionnels, tendanciels et caractériels. On distinguait deux groupes biotypologiques : les Brévilignes et les Longilignes. **(fig. 4).**

— KRETSCHMER (1930) inspiré par les travaux du Psychiatre KRAEPELIN décrivit une classification des tempéraments, de la constitution, fort influente encore de nos jours, basée sur l'étude comparative de sujets sains et malades. Il considère les tendances de croissance, donc la partie physique du corps, et l'attitude générale des sujets envers la vie, donc le côté psychique. Pour lui, les types constitutionnels sont des types psychophysiques. Ils comprennent :

— Le Pycnique (trapu, au tronc accentué et au squelette délicat) C'est un cyclothymique dans l'échelle diathésique (1) (gaîeté, syntonie, tristesse). Il peut induire le type maniaco-dépressif.

— Le Leptosome (allongé, de squelette faible, sans accentuation morphologique). C'est un Schizothyme dans l'échelle psychesthésique (1) (sensibilité, calme, froideur). Il peut induire le type Schizophrène.

— L'athlétique (allongé, de squelette fort avec des accentuations morphologiques). C'est un barycinétique dans l'échelle entonique (1) (explosif, constant, visqueux). Il peut induire le type épileptique. **(fig. 5).**

— JUNG, ce disciple de FREUD, considère qu'il existe deux types d'hommes correspondant à 2 types généraux d'attitude.

— L'introverti.

— L'extraverti.

face à 4 types fonctionnels (pensée, sentiment, sensation, intuition).

Sa vision est originale et fort réaliste par certains côtés d'autant que la notion « d'inconscient collectif », ou « archaïque » introduit par YUNG pour compléter celle de l'inconscient personnel, ouvre la voie à des explications plus vastes encore que l'Ecole de FREUD sur les choses de l'esprit.

— L'Américain SHELDON publia en 1942 les résultats de travaux basés sur les relations entre le tempérament morphologique et le caractère. Il envisagea ausis le rattachement des différents types à l'organo-

(1) 3 échelles : humeurs, sensibilités, fluidités.

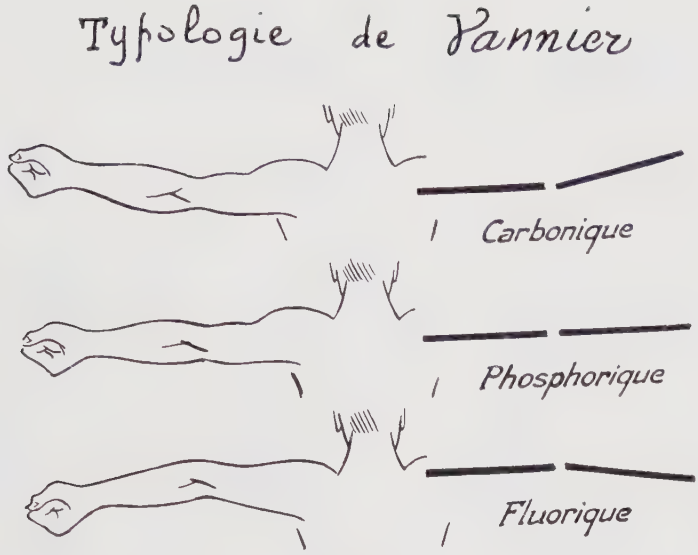
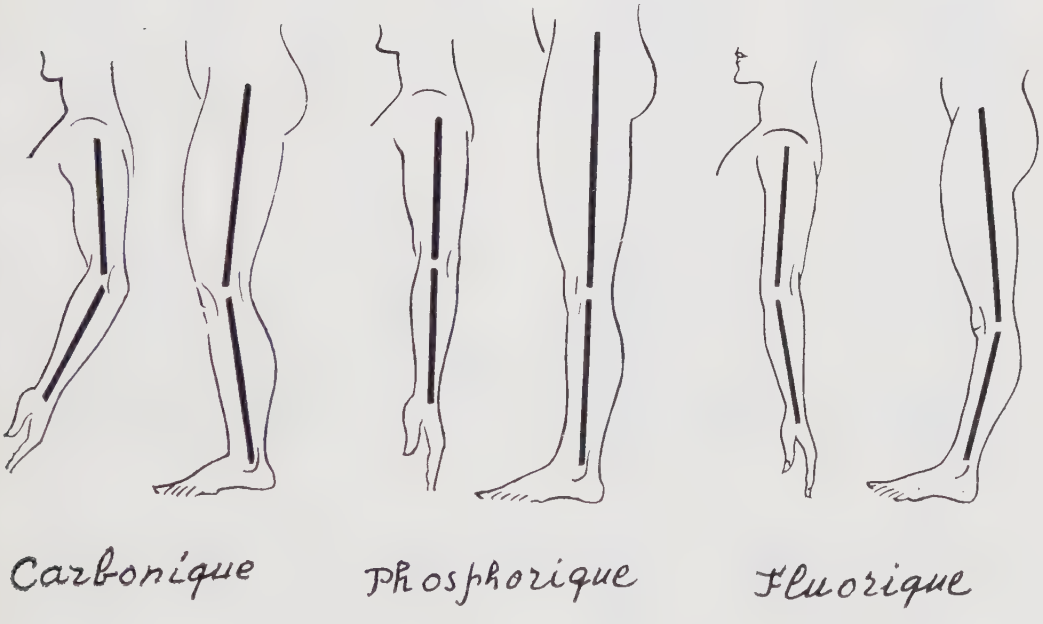
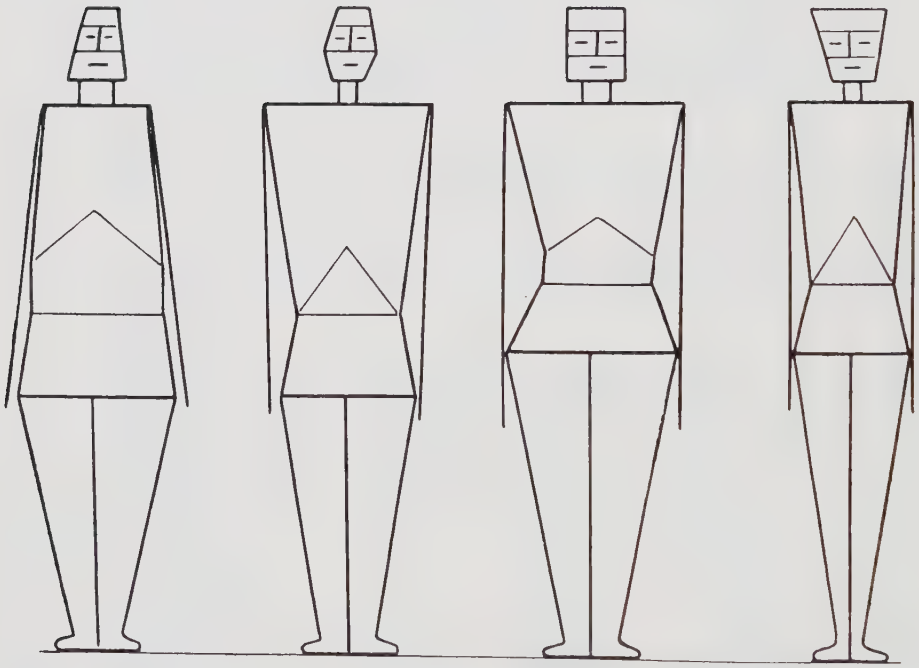

Typologie de Vannier
Carbonique
Phosphorique
Fluorique

Fig. 24.


Carbonique
Phosphorique
Fluorique

(fig. 2)

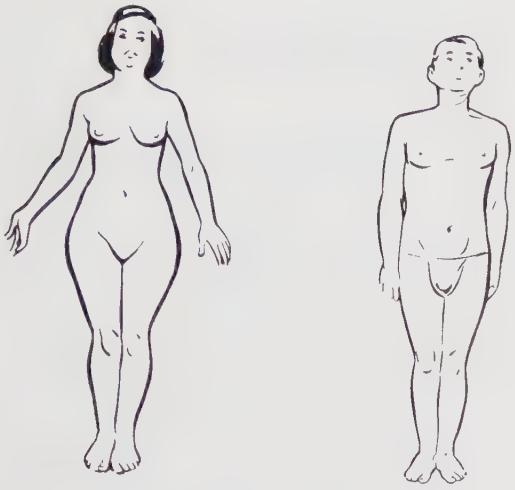
Typologie de Sigaud et Thooris



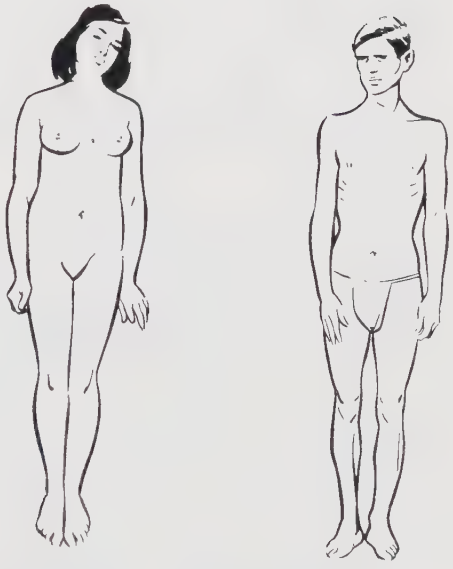
Digestif, Respiratoire, Musculaire, Cérébral,

(fig. 3)

Typologie de Viola



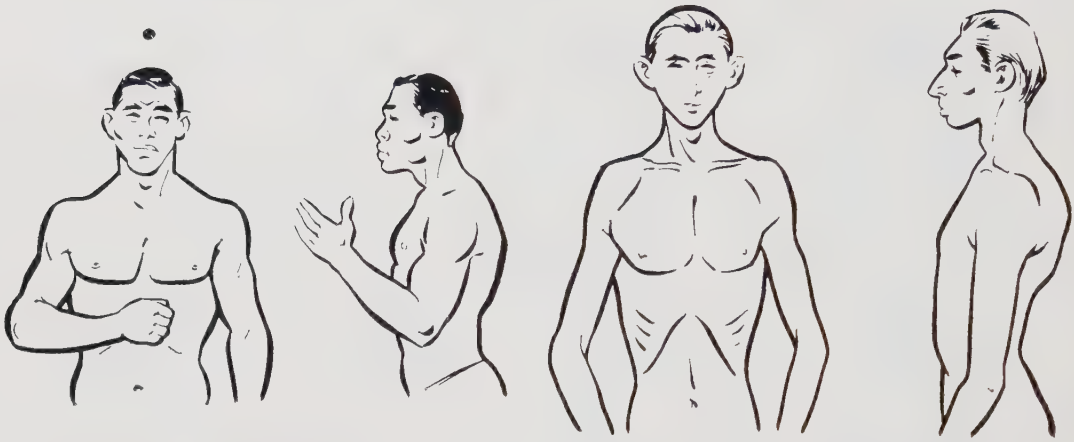
I. Type Breviligne



II. Type Longiligne

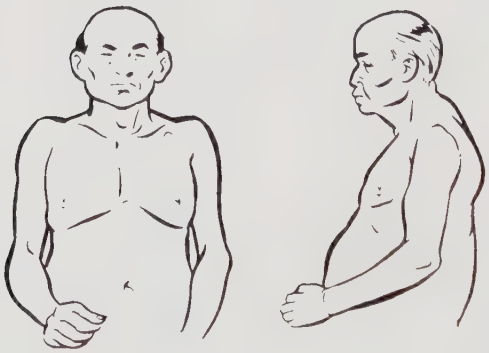
(fig. 4)

Typologie de Kretschmer



I. Type Athletique

II, Type Asthenique



III Type Pycnique

(fig. 5)

génése. En fait son classement est analogue à l'Ecole Française. Il classa les types humains en 4 groupes :

— Le Viscerotonique (endomorphe).
— Le Somatotonique (mesomorphe).
— Le Cerebrotonique (ectomorphe).
— Le Moyen (musculaire).

son influence est encore très forte. **(fig. 6).**

■ La psychotechnie ou science des tests, à laquelle s'attachent les noms de STERN, BINET SIMON, PORTHEUS, WESCHSLER, YERKES, VERMEYLIN et SPEARMAN, a essayé de comprendre l'homme.

■ La graphologie ou grapho-psychologie qui est en passe de s'affirmer, apporte une contribution non négligeable, à tel point que les grosses entreprises s'attachent de plus en plus des psycho-graphologues pour tester leurs nouveaux employés.

■ Quoique n'étant pas une science exacte, ce qui semble d'ailleurs difficile à obtenir en matière de psychologie, et bien que basée sur une certaine intuition de l'observateur, nous préférons la morpho-psychologie du Dr CORMAN, qui a le mérite de poser le problème psychologique à travers le soma et d'en dégager les indices principaux.

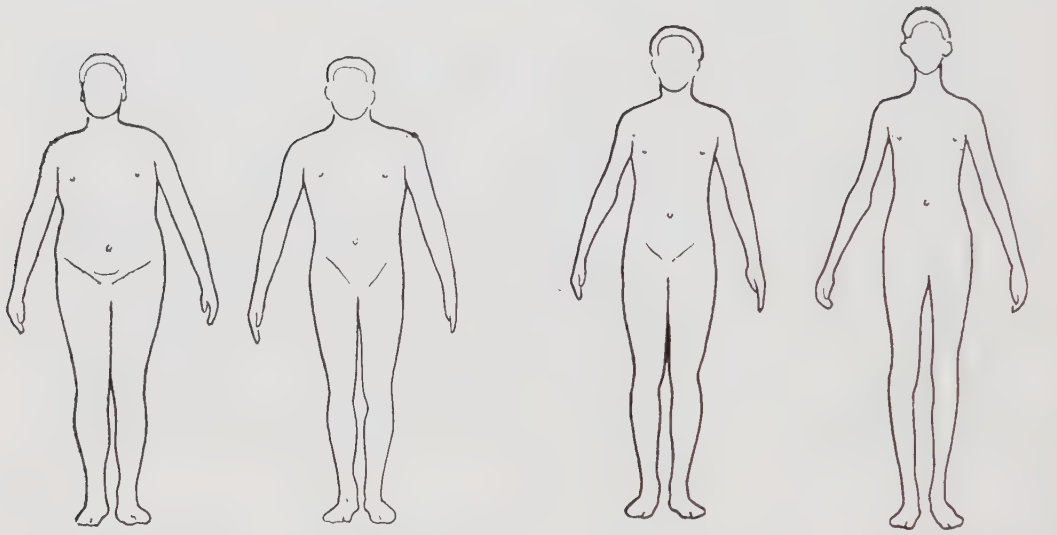
■ MUCCHIELLI, qui en saisit l'importance, a produit des travaux qui ont corroboré ceux de CORMANN, en les précisant. Il a lié la morpho-psychologie et la caractérologie. Il fut en cela l'instigateur de la « prosopologie moderne » qui associe étroitement les visages et le caractère dans l'étude psychologique de l'homme. En outre, il n'a eu garde d'oublier les principes de biotypologie exposés par Nicolas PENDE, qui très justement d'ailleurs pense que « jamais ou n'aura le droit de juger préremptoirement par la « prosopologie » la libre personnalité de l'homme, l'être humain étant capable de toutes les adaptations et de toutes les compensations ».

> En fait, toutes ces méthodes d'approche de la personnalité présentent un intérêt certain, mais soit par la difficulté des études qu'elles engendrent, soit par le temps de recherche qui s'attache au résultat, soit aussi, pour certains, par l'insuffisance des éléments qu'elles nous apportent, elles ne peuvent nous satisfaire entièrement.

Mais alors, d'où peut-on tirer la vérité en matière de psychologie en vue de prévenir l'échec thérapeutique pouvant lui incomber ? Comme en toute chose, elle sera le résultat d'un jugement, que nous désirons basé sur des investigations sûres mais rapides.

Frappé par le fait qu'au cours du face à face praticien-malade, certaines attitudes retrouvées chez des patients différents, aboutissaient aux mêmes réactions, j'ai souvent été tenté de situer le comportement du malade à travers des boutades auxquelles se réfère communément la masse populaire pour camper le comportement de tel ou tel de ses semblables : « Il est doux comme un agneau — C'est une soupe au

Typologie de Sheldon



(fig. 6)

lait — C'est un pince sans rire — C'est un vieux renard — C'est un inquiet — Il est amorphe etc... »

En fait, j'établissais un diagnostic caractérologique succint du patient. La spontanéité et la fréquence de ces diagnostics finirent par me convaincre que les facteurs du caractère étaient une des pierres angulaires constituant la personnalité, et représentaient du moins la plus facilement saisissable.

En effet, au cours du traitement, à travers la croûte constituée au gré de son éducation, de son expérience, de son milieu, le patient laissait inévitablement apparaître à un moment ou à un autre, certains traits caractériels fondamentaux, certaines tendances profondes de son être. Il me semblait avoir trouvé la solution au problème qui me préoccupait.

Alors, au-delà de mes propres expériences, j'ai cherché des témoignages, des preuves me permettant d'asseoir ces présomptions.

La littérature, de PLAUTE à MAURIAC, en passant par RABELAIS, MOLIERE, LA FONTAINE, LA BRUYERE, BALZAC, STENDHAL, et tant d'autres qu'il serait trop long de citer, foisonnent d'exemples confirmant que l'humanité entière établit ses rapports relationnels sur l'étude des caractères. Il suffit pour s'en assurer de constater que tous ces auteurs ont basé leurs œuvres sur de telles études.

Les travaux de LE GALL et BRUN portant sur l'étude des malades et des médicaments, m'apprirent que l'efficacité des remèdes était sous la dépendance du caractère des malades.

Le Dr Paul CHAUCHARD dans son traité sur la médecine Psychosomatique me montra que » l'émotion (trait fondamental du caractère) par les déséquilibres organiques qu'elle provoque, est une des sources principales des perturbations psychosomatiques ».

Mais la véritable révélation me vint de l'Initiation à la Caractérologie par deux pédagogues et amis (1) et des lectures qui s'en suivirent. Parmi celles-ci les travaux de LE SENNE et de Gaston BERGER et du Dr Georges TORRIS furent déterminantes, puisqu'elles me prouvèrent qu'il existait une véritable science caractérologique, aussi codifiée que les choses de l'esprit le permettent, à laquelle il était possible de se référer en vue d'études spécifiques.

En corrélation avec la pensée de Georges TORRIS pour qui la caractérologie est la psychologie du Médecin-Praticien, j'ajouterai qu'elle l'est aussi pour l'odonto-stomatologiste et tout particulièrement lorsqu'il traite un édenté total.

---

(1) Monsieur FERAUD, Ancien expert de l'U.N.E.S.C.O. en Psychologie, Directeur de l'Ecole Normale d'Auch ;
Madame COMMENGES, Institutrice, diplômée du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Inadaptés.

A partir de là, mes recherches ont donc été orientées vers un triple but :

— établir une méthode d'approche commode rapide et valable du caractère en rapport avec l'Ecole LE SENNIENNE.

— étudier les réactions psychologiques induites par chaque caractère devant l'édentation totale et sa thérapeutique.

— formuler la conduite à tenir devant l'édenté total, à la lumière des facteurs caractérologiques et tendanciels qui composent sa personnalité.

Nous en espèrons l'obtention d'un comportement, propre à influencer favorablement la réussite du traitement.

Mais avant cela prenons connaissance de la Science Caractérologique.

CHAPITRE III

CONNAISSANCE DE LA PERSONNALITE PAR L'APPROCHE DU CARACTERE

Il faut n'avoir jamais pratiqué la caractérologie pour nier l'intérêt pratique qu'elle apporte en matière de compréhension humaine. Pourtant certains la rejettent sans avoir pris la peine d'en étudier les bases, estimant que les classifications qui en découlent sont artificielles.

Certes, en ce monde rien n'est tout à fait vrai ni tout à fait définitif pour des cerveaux équilibrés ; mais les incrédules peuvent-ils nous expliquer comment il se fait que des êtres vivants quotidiennement côte à côte, arrivent à connaître leur façon d'agir, de réagir, si ce n'est même de penser ?

Ainsi, par exemple, une employée peut abuser son patron plusieurs mois, mais un jour ou l'autre il saura si elle est propre, ordonnée, honnête, active etc... ou le contraire, parce que cette employée ne pourra refouler ses tendances, son caractère véritable, malgré la personnalité qu'elle aura pu se fabriquer consciemment ou inconsciemment, à la faveur d'un acquis dont je ne nie pas pour autant le rôle important. Il en sera de même entre deux époux, ainsi qu'entre n'importe quels individus destinés à cohabiter.

Ces constatations résultent-elles d'études approfondies ? Non. Elles découlent tout naturellement de la vision par un individu, du comportement propre à un autre sujet. C'est de la caractérologie de sens commun, qui permet de découvrir les traits dominants, bons ou mauvais, des êtres qui nous entourent, sans pour autant en connaître l'origine.

En fait, peu nous importe l'origine, pourvu que l'on saisisse le trait dominant et le comportement qui s'y rattache en général et devant un problème donné.

Le pourquoi du caractère ne peut nous intéresser que si le sujet en cause et un psychopathe, car alors il est justiciable du neuro-psychiatre. Ce sera pour le moins un « caractériel » donc un inadapté, découvert du fait de son comportement anormal.

Donc, si nous constatons par exemple une tendance à l'avidité chez un sujet, nous serons heureux de l'avoir descellée, car nous savons qu'elle jouera un rôle dans notre thérapeutique et qu'il faudra trouver un moyen pour qu'elle ne contrecarre pas l'effet de celle-ci.

Faut-il une autre preuve de l'entité caractérologique ?

Est-il possible d'imaginer KANT, BEAUDELAIRE, VICTOR HUGO, écrivant la même chose avec le même style ? L'analyse de leurs écrits, amène à la compréhension de leurs caractères, qui sont éminement différents.

Une autre encore ? Il arrive que l'on soit surpris par une de ses propres réactions ? Ce n'est que la manifestation d'une tendance profonde dont on n'avait pas pris conscience.

Cela nous amène à dire que la personnalité de chaque individu se dégage de la rencontre de la nature et du milieu. Le premier élément représentant l'héritage congénital en assure la solidité, la base immuable, le second en assure sa labilité, en fonction des divers problèmes à résoudre.

Ceci tend à nous prouver que la caractérologie a ses limites. Elle permet d'établir la fiche signalétique psychique d'un individu, mais nous sommes convaincus qu'elle ne peut expliquer les origines des tendances qu'elle permet d'appréhender. Seule la psychologie des profondeurs semble pouvoir y parvenir, souvent au prix de mille difficultés. Nous sommes persuadés que si le milieu, l'expérience, l'âge etc... émoussent nos attitudes spontanées, et nous permettent de donner le change, dès qu'un problème important surgit, nous retrouvons nos réactions caractérielles primitives fondamentales.

Ainsi, nous voyons dans la pratique de la caractérologie, la possibilité de dégager les traits fondamentaux et les tendances invariables du psychisme propre à un individu, de la gangue de son acquis. Elle permet en somme la découverte du noyau caractériel défini par LE SENNE comme les « dispositions foncières reçues de l'hérédité, congénitales, qui constituent le substratum somato-psychologique de l'individu ». Elle aide à la connaissance de l'homme. En somme si nous reprenons l'exemple du patron et de l'employée, elle doit nous permettre en 1 ou 2 séances de saisir ce que l'on apprendrait en quelques mois de vie commune.

Vue sous cet angle, nous pensons que la caractérologie apporte une métode valable, parce que commode et rapide dans l'évaluation du complexe psychologique humain et du comportement qui s'y rattache. La peur qui la plupart du temps habite notre malade, nous aidera dans nos investigations ; elle conditionne l'individu, vers une certaine ré-

gression qui permet aux structures caractérielles profondes et aux tendances spécifiques de faire surface.

L'Ecole de GRONINGUE avec HEYMANS et WIERSMA, a permis à la caractérologie de sortir des balbutiements, mais c'est à LE SENNE et à Gaston BERGER qu'elle doit ses fondements, ses méthodes, qu'elle est devenue une véritable science, dépendant de l'Anthropologie et méritant d'être intégrée aux sciences médico-biologiques. A ce titre, elle peut ouvrir la voie à de nombreux travaux sur la connaissance de l'homme.

Il n'est plus question de reprendre ces fondements, nous les acceptons en bloc, comme ils sont acceptés par la plupart des caractérologues, psychologues et même psychiatres.

Quels sont-ils donc ?

LE SENNE distingue trois propriétés constitutives fondamentales du caractère :

— L'émotivité.
— L'activité.
Le retentissement.

Il est certain que si l'on s'en réfère à l'Ecole Psychanalytique ces propriétés peuvent ne pas être innées. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord ; mais comme nous l'avons déjà dit peu nous importe leur origine pourvu qu'elles soient reconnues ; nous désirons surtout considérer le comportement de base qui s'y rattache.

— **L'émotivité** est une tendance plus ou moins importante du sujet à s'émouvoir devant un événement subit, d'essence concrète ou abstraite. C'est l'intensité plus ou moins forte avec laquelle un individu réagit aux Stimuli. Cette Stimulation est suivie d'un ébranlement plus ou moins fort de la vie organique et psychologique. Certaines manifestations s'en suivront, différentes en fonction de l'importance de l'émotivité mais aussi de celle des deux autres propriétés constitutives fondamentales.

— **L'activité** est une disposition innée à l'action. Elle mesure la facilité avec laquelle l'individu passe aux actes. Elle porte le sujet à surmonter par l'action tous les obstacles qui se présentent à lui.

— **Le retentissement** : (primarité, secondarité). Il introduit une notion de temps dans la réaction active.

Emanation des travaux du psychologue Allemand OTTO GROSS sur la physiologie du cerveau, le retentissement prend en compte les impressions ou représentations que le sujet ressent et la rapidité d'action qui s'en suit.

Une action immédiate dite primaire existe toujours, mais à un degré plus ou moins important durant le temps pendant lequel se prolongent les représentations. Mais celles-ci, après avoir disparu du champ de notre conscience, continuent à retentir sur notre être et influencent notre manière d'être et d'agir. C'est cette action prolongée en rapport avec nos représentations qui est appelée secondaire.

Selon que la représentation a son action la plus importante immédiatement ou à retardement, on parlera de primarité et secondarité.

Il introduit aussi une notion de superficialité et de profondeur dans les impressions et les réponses, en rapport logique d'ailleurs avec l'action immédiate ou médiate qui s'en suit.

C'est ainsi que le primaire, attentif au monde extérieur réagit presque spontanément en ne tenant que peu compte des expériences passées, pour répondre vivement aux sollicitations, à l'excitation du moment. Cela n'est pas réfléchi et n'engage pas pour autant le sujet. Le prolongement des réactions est fugace.

Le secondaire au contraire tourné vers l'intérieur de son être, ne cherchera pas dans le passé uniquement un appui pour le présent, mais plutôt la prédétermination de ce présent. Ses réactions ont un sens profond qui engage le sujet.

■ Sur la base de ces trois propriétés fondamentales et des possibilités réactionnelles qu'elles confèrent au sujet qui les possède, LE SENNE a établi une classification caractérologique, à laquelle on peut se référer pour camper tous les caractères humains.

Cette classification comprend 8 types de caractères :

— L'émotif actif primaire nommé	colérique
— L'émotif actif secondaire nommé	Passionné
— L'émotif non actif primaire nommé	Nerveux
— L'émotif non actif secondaire nommé	Sentimental
— Le non émotif actif primaire nommé	Sanguin
— Le non émotif actif secondaire nommé	Flegmatique
— Le non émotif non actif primaire nommé	Amorphe
— Le non émotif non actif secondaire nommé	Apathique

Entrer dans le détail des caractères sus-indiqués serait fastidieux et ne correspondrait nullement au but que nous poursuivons dans ce travail. En effet, comme nous l'avons déjà dit, il s'agit pour nous d'examiner un certain nombre de patients édentés totaux, d'établir leur diagnostic caractérologique, de noter leur comportement devant l'édentation et son traitement, afin de définir une méthode pouvant orienter ce comportement en vue d'une réussite thérapeutique maximale.

Certes, nous convenons aisément des nombreuses nuances spécifiant les caractères, mais grâce à la caractérologie nous en connaissons les traits essentiels ; ils nous aideront à susciter les réactions favorables à la thérapeutique. Nous avons jugé bon de vous présenter le tableau de Gaston BERGER auquel nous avons ajouté des traits que nous avons personnellement reconnus. Nous avons mis en exergue les traits en rapport avec la thérapeutique de l'édenté total.

Le Colérique :

Traits dominants :

action, vie, cordialité.

Traits principaux :

généreux, cordiaux, pleins de vitalité et d'exubérance, confiants, optimistes, généralement de bonne humeur, ils manquent souvent de goût et de mesure. Leur activité est intense et fièvreuse, mais multiple. Ils s'intéressent à la politique, aiment le peuple, croient au progrès et sont volontiers révolutionnaires. Souvent doués d'aptitudes oratoires et pleins d'impétuosité, ils sont des entraîneurs d'hommes.

Traits en rapport avec l'édentation totale :
désir de commandement, amour de la vie.

Le Passionné :

Traits dominants :

l'œuvre à accomplir, ambition réalisatrice.

Traits principaux :

Volontaires. Tension extrême de toute la personnalité. Activité concentrée sur une fin unique. Dominateurs, naturellement aptes au commandement. Savent maîtriser et utiliser leur violence. Serviables, honorables, aimant la société, fréquemment bons causeurs. Prennent au sérieux la famille, la patrie, la religion. Ont un sens profond de la grandeur et savent réduire leurs besoins organiques ; vont parfois jusqu'à l'ascétisme.

Traits en rapport avec l'édentation totale :

autoritarisme, aggressivité, très réalistes (actes et paroles en conformité).

Le Nerveux :

Traits dominants :

le divertissement, vagabondage affectif.

Traits principaux :

d'humeur variable, ils veulent étonner et attirer sur eux l'attention des autres. Indifférents à l'objectivité, ils ont le besoin d'embellir la réalité, ce qui va du mensonge à la fiction poétique. Impulsifs, insouciants, rêveurs, sensibles, ils ont un goût prononcé pour le bizarre, l'horrible, le macabre et, d'une manière générale, le « négatif ». Travaillent irrégulièrement et seulement à ce qui leur plaît. Ont besoin d'excitants pour s'arracher à l'inactivité et à l'ennui. Inconstants dans leurs affections, vite séduits, vite consolés.

Traits en rapport avec l'édentation totale :

Aime les plaisirs de la table, dans la mesure où ils sont une source d'excitation. Peu coopérant, attaché à l'esthétique de sa personne, tendance à l'exagération.

Le Sentimental :

Traits dominants :

l'intimité, sentiment de vulnérabilité.

Traits principaux :

ambitieux qui restent au stade de l'aspiration. Méditatifs, introvertis, rêveurs abstraits, schizothymes. Souvent mélancoliques et mécontents d'eux-mêmes, complexés. Timides, vulnérables, scupuleux, ils alimentent leur vie intérieure par la rumination du passé. Ils savent mal entrer en relations avec les autres et tombent aisément dans la misanthropie. Maladroits, ils se résignent d'avance à ce qu'ils pourraient cependant éviter. Individualistes, ils ont un vif sentiment de la nature.

Traits en rapport avec l'édentation totale :

soucieux de l'opinion des autres, toujours sur la défensive.

Le Sanguin :

Traits dominants :

le succès social, sens pratique.

Traits principaux :

Extravertis, ils savent faire des observations exactes, et font preuve d'un remarquable esprit pratique. Ils aiment le monde, où ils se montrent polis, spirituels, ironiques, sceptiques. Ils savent manier les hommes et sont d'habiles diplomates. Libéraux et tolérants en politique ils ont peu de respect pour les grands systèmes et attachent plus de prix à l'expérience. Ils font preuve d'initiative et témoignent d'une grande souplesse d'esprit. Opportunistes.

Traits en rapport avec l'édentation totale :

Plus préoccupé à vivre qu'à se regarder vivre. Peu soucieux de l'esthétique.

Le Flegmatique :

Traits dominants :

Sens des règles de la loi.

Traits principaux :

Hommes d'habitudes, respectueux des principes, ponctuels, objectifs, dignes de foi, pondérés. D'humeur égale, généralement impassibles, ils sont aussi patients, persévérants, dépourvus de toute affectation. Leur civisme est profond, leur religion a un caractère surtout moral. Leur sens de l'humour est souvent très vif. Ils aiment les systèmes abstraits.

Traits en rapport avec l'édentation totale :

Objectif, égalité d'humeur (sans histoire), souci du sérieux, équilibrés, patients, peu sensibles « au drame », peu affecté par les misères organiques.

L'Amorphe :

Traits dominants :

le plaisir, ils sont serviteurs de leur corps, étrangers aux émotions d'autrui.

Traits principaux :

Disponibles, conciliants, tolérants par indifférence, ils font pourtant preuve souvent d'un entêtement passif très tenace. Dans l'ensemble, ils sont de ceux dont on dit qu'ils ont « bon caractère ». Négligents, portés à la paresse, ils manquent tout à fait de ponctualité. Ils sont indifférents au passé plus encore qu'à l'avenir. Ont souvent des aptitudes pour la musique (exécution) et le théâtre.

Traits en rapport avec l'édentation totale :

se plient aux événements, faciles, sans esprit pratique.

L'Apathique :

Traits dominants :

la tranquilité, impassibilité.

Traits principaux :

fermés, secrets, tournés vers eux-mêmes, mais sans vie intérieure frémissante. Sombres et taciturnes, ils rient rarement. Esclaves de leurs habitudes, ils sont conservateurs. Tenaces dans leurs inimitiés, ils sont difficiles à réconcilier. Les moins bavards des hommes, ils aiment la solitude. Bien qu'indifférents à la vie sociale, ils sont généralement honnêtes, véraces, honorables.

Traits en rapport avec l'édentation totale :

peu compatisants, assez faciles mais ombrageux.

Il est déjà possible de se faire une idée des difficultés que nous pourrons rencontrer en fonction des différents types caractérologiques avec lesquels nous serons confrontés. En outre, quelques facteurs supplémentaires viendront expliquer l'existence de réactions différentes chez un même type caractérologique. C'est ainsi que LE SENNE parle d'égocentrisme et d'allocentrisme, et que Gaston BERGER a introduit l'idée « de facteurs d'orientations complémentaires et tendanciels ». Il en a prouvé le bien fondé.

Depuis, il est admis que les structures caractérielles basales, sont influencés par des facteurs complémentaires nommés « champ de conscience » et « Polarité » et par des « pulsions » attachées à l'être, génératrices de tendances qui orientent les réactions de chaque sujet ; ces facteurs tendanciels sont au nombre de 4 : l'avidité, les intérêts sensoriels, la tendresse, la passion intellectuelle.

Ainsi, partant du caractère, nous arrivons immanquablement à la personnalité. C'est pourquoi dans un but synthétique, et compte tenu de ce que nous avons déjà admis, nous avons pensé classer les **différentes couches de la personnalité.**

a/ La structure fondamentale caractérielle.

- Emotivité.
- Activité.
- Retentissement : Primarité. / Secondarité.

b/ Les facteurs tendanciels.

- Polarité, avidité, intérêts sensoriels, tendresse, passion intellectuelle.

c/ Les aptitudes.

- Intellectuelles : Intelligence. / Champ de conscience.
- Physiques : Possibilités morphologiques et physiologiques / Sexe.

d/ Les facteurs acquis venant de :

- L'âge.
- Du milieu social et familial (éducation).
- De l'histoire personnelle.

Il y aura toujours interdépendance entre les différents facteurs en présence. Toutefois, la structure fondamentale du caractère et les facteurs tendanciels qui la nuancent ou l'affirment, constituent comme nous l'avons vu le fond de la personnalité. Ils représentent en tant que tels, le substratum psycho-physiologique qui, d'une façon ou d'une autre, transparaîtra dans le comportement de l'individu, lui conférant ainsi son allure générale.

Les aptitudes donneront au sujet les moyens d'expression de cette personnalité. Les données acquises viendront épanouir ou inhiber, en quelque sorte camoufler, ces structures basales, pour permettre au sujet l'intégration sociale qu'il souhaite, à la faveur d'un raisonnement passant toujours par son histoire personnelle, c'est à dire son expérience de la vie.

Comme nous considérons que l'édentation totale est une expérience nouvelle pour le sujet qui doit la supporter, il nous semble qu'il réagira surtout en fonction de son caractère et de ses tendances.

Il nous faudra donc les rechercher avant tout.

Ainsi, nous nous acheminons vers la recherche des moyens propres à l'établissement de l'enquête qui va devoir nous préciser :

- le diagnostic caractérologique des patients considérés.
- l'attitude mentale des patients devant l'édentation totale, sa thérapeutique, le praticien qui l'élabore.
- le comportement de chaque type caractérologique devant l'édentation totale et sa thérapeutique.

CHAPITRE IV

METHODE PRATIQUE ET ORIGINALE D'APPROCHE DU CARACTERE, EN VUE DE L'ETABLISSEMENT RAPIDE DU DIAGNOSTIC CARACTEROLOGIQUE ET DE L'ATTITUDE MENTALE DU PATIENT

Tout comme le diagnostic clinique médical ou dentaire, le diagnostic caractérologique exige l'équilibre entre l'analyse objective basée sur le savoir et l'intuition dialectique dépendant en grande partie du raisonnement.

En effet, « l'habit ne fait pas le moine », et l'on sait combien la politesse apparente ne fait pas l'honnêteté, pas plus que la rudesse apparente n'exclut la sensibilité. Pourtant certains détails de cet « habit » traduisent, par le fait même qu'ils sont admis, une vision plus nette du personnage.

De la même façon, c'est devant des faits concrets, que le caractère transparaît le plus ; encore faut-il que ces faits concrets ne soient pas exceptionnels sinon ils engendreraient une réaction propre à l'espèce et indépendante du caractère, telle que la fuite devant une grande peur.

L'édentation totale et son traitement, représentent une circonstance assez particulière de la vie sans pour autant être exceptionnelle, qui provoquera une réaction du sujet essentiellement fonction de son caractère.

Il nous faudra donc saisir rapidement les traits dominants de ce dernier pour établir un diagnostic caractérologique valable quoique succinct et dégager ainsi l'attitude mentale du malade. Ensuite, on pourra mettre sur pied une préparation psychologique spécifique destinée à agir sur le comportement, avant que ce dernier soit définitivement arrêté.

Nous avons déjà dit que la maladie ne pouvait être dissociée du malade, car des phénomènes psychologiques se développent dans son individualité face à cette maladie.

La psychologie intuitive pratiquée par de nombreux praticiens n'est pas suffisante et peut même être génératrice d'erreurs aux conséquences graves.

Il faut donc y pallier par une étude diagnostique sérieuse adaptée au but que nous poursuivons, au cours de laquelle le praticien devra agir en théoricien dénué de toute émotivité et s'élevant au-dessus de ses propres sentiments, afin de bien comprendre le sujet qu'il va analyser.

I. — **Que devons-nous rechercher ?**

1°/ La structure fondamentale caractérielle : Emotivité, activité, retentissement.

2°/ Les facteurs tendanciels ayant une action possible dans le comportement du malade devant son édentation totale, ou vis à vis du praticien ; nous devons retenir : la polarité, l'avidité, l'intérêt sensoriel et la tendresse.

3°/ Les aptitudes :

— Intellectuelles : — champ de conscience.
— l'intelligence.

— Le champ de conscience ne nous intéresse pratiquement pas.

— L'intelligence qui est un niveau mental, l'aptitude à comprendre, à retenir, à imaginer, nous intéresse moins si ce n'est pour interprêter certains tests à travers elle Elle sera jugée surtout à travers la profession et au cours du colloque singulier praticien-patient. Le but que nous poursuivons n'en exige pas l'étude approfondie, qui en outre demanderait un temps trop long et la mise en œuvre de moyens trop importants. Rien d'ailleurs de ce que le thérapeute attend du malade ne nécessite une grande intelligence.

De toute façon, une telle aptitude sera aisément appréhendée par le thérapeute d'une façon syncrétique et sans le secours d'un quelconque questionnaire.

4°/ Les facteurs acquis seront passés en revue pour établir ce que nous pouvons tirer de positif dans l'élaboration de la thérapeutique et pour annihiler les effets dangereux du milieu ou de l'expérience.

5°/ L'attitude mentale du patient.

II. Comment et quand devons-nous le rechercher ?

Certes, il eut été facile de reprendre ou même d'accommoder le questionnaire de Gaston BERGER pour établir ce diagnostic.

Il nous semble fort bien conçu et donne toutes satisfactions lorsqu'il est employé en vue de la simple étude psychologique d'un sujet ou d'un groupe de sujets. Mais du fait qu'il devrait être inclus dans un contexte médical qui vise à préparer un climat psychologique propice à une certaine thérapeutique, il nous semble peu adapté. Il est trop long et s'adresse à des adultes cultivés, déjà capables d'introspection, ce qui n'est pas toujours le cas chez nos patients, issus de milieux très divers.

Doit-on alors abandonner l'idée d'enquêter à l'aide d'un questionnaire ? Pas exactement. On s'inspirera justement de celui de BERGER, mais il ne devra pas être présenté comme tel au malade. L'expérience nous a prouvé qu'il doit être inclus dans l'anamnèse clinique sous forme de phrases habiles, pouvant provoquer des réponses, laissant apparaître les facteurs fondamentaux et les tendances. En somme, il s'agira d'instaurer un entretien dirigé dans un but purement diagnostique. D'ailleurs, la plus part des patients admettent difficilement d'être soumis, en vue d'une prothèse totale, à un questionnaire direct qu'il jugent indiscret.

■ Cet entretien diagnostique doit donc commencer en même temps que l'observation clinique du malade, au cours du colloque singulier qui s'engage entre ce dernier et le praticien. Il est donc au départ fait de tout et de rien, de la conversation sur la famille, le milieu, le foyer, qui permettra déjà de situer le niveau intellectuel et social, sur les soucis, les appréhensions, les angoisses, qui montrent les perturbations affectives.

Il résulte ainsi de l'observation des attitudes du malade, de son comportement, de son maintien, de son expression verbale etc...

Les éléments glanés au passage structurent progressivement le schéma caractériel qui, une fois ébauché, sera précisé par l'étude prosopologique sommaire du patient, puis par une série de tests provoqués, très simples, que nous avons mis au point, de façon à ce qu'ils soient inclus dans le domaine plausible des actes courants pratiqués en cabinet dentaire.

■ Ensuite, nous avons estimé devoir interroger le patient, toujours en restant dans le cadre de son cas dentaire, pour nous faire une idée de son attitude mentale :

vis-à-vis

— de son infirmité
— de sa thérapeutique
— de son praticien

donc, des sentiments qui l'animent en fonction de son problème. Là aussi l'interrogatoire est fait par le praticien lui-même, sous forme de questions anodines sans ambiguité, ressemblant au dialogue spontané qui s'inspire dans le cadre d'un examen médical. Il fera donc tout naturel-

lement suite à l'examen clinique et aux questions habituelles qu'il suppose, et précisera même certaines tendances d'ordre caractériel.

■ Quelles doivent être les qualités de ce questionnaire ?

— Il doit être bref, facile à comprender pour ne pas importuner les patients et provoquer leur lassitude.

— Il devra serrer de près le cas thérapeutique du patient pour le rendre le plus réceptif possible en lui donnant l'impression que 'lon s'intéresse tout particulièrement à son cas. De ce fait, il pourra être direct et n'engendrera pas la méfiance du patient, ni sa passivité ou l'affectation de sa réponse.

— S'adressant à des patients très différents, il devra éviter de réveiller toute inquiétude latente encore méconnue du patient.

■ Quelle devra être l'attitude du testeur, donc du praticien ?

Il devra s'interdire toute réaction affective de quelqu'ordre que ce soit, vis-à-vis du patient. Il devra le mettre en confiance en orientant le dialogue vers les soucis dentaires, en prenant fait et cause apparents pour ceux-ci.

Un accueil aimable et une voix assurée consolideront cette confiance. Parfois un certain ton autoritaire sera de mise, pour éviter certaines doléances inconsidérées.

Certains auteurs ont pensé qu'à l'ère du magnétophone les éléments de l'enquête, pourraient être consignés dans cette boîte magique.

Nous n'y souscrirons pas, estimant que ce moyen pourrait être mal vécu par le patient, qu'il soit avoué ou à plus forte raison perçu par hasard. Il ne manquerait pas d'être dénoncé comme un abus de confiance.

En définitive schématiquement, l'enquête à laquelle on réservera environ une heure de temps, se présentera ainsi :

I. — *Le praticien s'interroge*

1°/ au vu de la fiche du patient.

2°/ au cours du colloque singulier.
a/ par l'observation des attitudes du patient.
b/ au cours de l'analyse par le débat.

3°/ grâce à l'examen prosopologique.

4°/ par le biais des tests provoqués.

II. — *Le praticien interroge*

1°/ grâce au questionnaire de l'attitude mentale du patient.
a/ vis-à-vis de son édentation.
b/ vis-à-vis de la thérapeutique.
c/ vis-à-vis du praticien.

■ Avant d'entrer dans le détail de l'enquête, il convient d'examiner ce que peut nous apporter « la prosopologie » et de présenter en images, les divers types clefs qui serviront de base d'étude.

Prosopologie.

Elle a le mérite d'avoir su tirer de l'observation du visage, l'existence de facteurs généraux permettant de définir un certain nombre de caractères dominants et d'avoir étudié le comportement qui s'y rattache.

Il n'y faudra pas accorder une valeur absolue. Elle concourra simplement à dégager un ou plusieurs signes complémentaires, permettant de préciser le diagnostic caractérologique.

Le canevas proposé est personnel, mais peut-être adapté selon les circonstances. Il se propose, à travers l'observation du sujet et l'analyse de situations particulières provoquées, de permettre au praticien de saisir les différents facteurs composant le caractère. Il en fera la somme et pourra ainsi établir rapidement, un schéma caractérologique le plus proche possible de la vérité.

Deux auteurs sont à citer pour leurs travaux dans ce domaine :

le Dr ERMIANE et le Dr MUCCHIELLI.

— Partis des données de bases établies par CORMAN, tous deux ont essayé de noter les traits des sujets caractérisant leur possibilité d'ouverture ou de fermeture à la vie et à ses problèmes, mais sous des aspects un peu différents.

Le Dr ERMIANE qui juge à travers les traits généraux du visage et surtout la musculature qui les compose, considère deux facteurs dominants :

l'Extraversion qui représente le contact facile avec le monde extérieur et la propension à envisager la vie présente. Elle correspond au facteur primaire Le Sennien.

l'Introversion qui représente le contact limité du sujet avec ce qui l'entoure et la propension du retour vers le passé. Elle correspond au facteur secondaire Le Sennien.

A côté de ces facteurs principaux, le Dr ERMIANE envisage des facteurs secondaires classés toutefois dans l'optique des 2 facteurs principaux :

Extraverti

— Emotivité
— Volonté
— Attention d'intérêt
— Activité
- Contact affectif { plaisir / dépendance / désir }

Introverti

- - Emotivité
- Inhibition
— Désaccord ou égotisme
- - Disposition à saisir des situations difficiles
— Disposition à prendre l'ascendant sur autrui
— Disposition à avoir de l'amour propre

Ces 3 facteurs secondaires, s'expriment en fait sur le visage par :

— La volonté qui indique la valeur personnelle du sujet.
- L'affection qui indique la valeur sociale du sujet, ses sentiments pour autrui.
— L'émotivité.

Il note ainsi les rythmes du comportement :

Vitesse — Intensité — Durée — Stabilité ou Instabilité de même que la direction du regard.

Le tout aboutit à 4 grands types :

* Les Extravertis purs :
sociables pour leur plaisir — toniques — passifs affectueux - - séducteurs - - avides

* Les Intravertis purs :
associables - - inhibés - - distants.

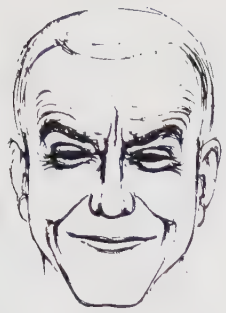
* Les Extravertis valorisés par l'introversion :
ayant des contacts pouvant être volontairement limités — dominateurs — efficaces — énergiques — secourables — dirigeants.

* Les Extravertis complétés par l'extraversion :
inquiets — menaçants — hostiles — inhibés — réceptifs.

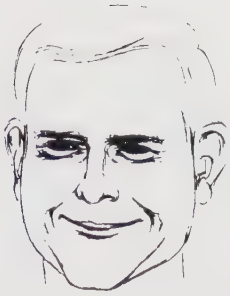
Le Dr ERMIANE s'est attaché à superposer le visage de ces types prosopologiques avec les 8 types caractérologiques Le Sennien. Si ses conclusions ne peuvent être absolues, l'expérience pratique prouve qu'elles permettent de faciliter l'élaboration du diagnostic caractérologique.

Un tableau synoptique associé aux photos caractérisant les différents types nous permet d'apprécier l'apport réel de l'œuvre d'ERMIANE. **(fig. 7).**

Types Prosopologiques

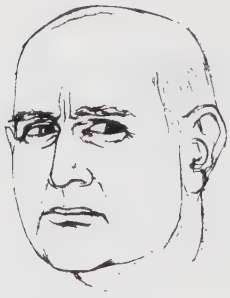


Colérique

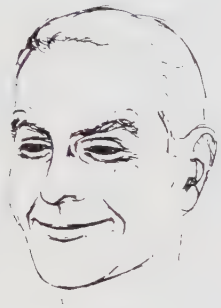


Sanguin

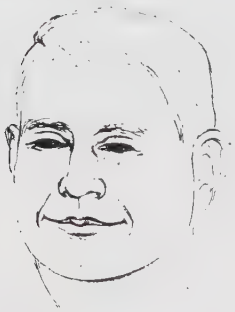
Passioné



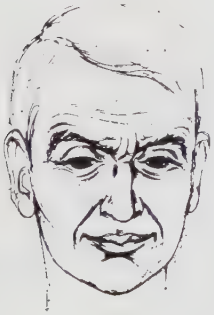
Flegmatique



Nerveux



Amorphe



Sentimental

Apathique

(fig. 7)

TABLEAU SYNOPTIQUE

I. — *EXTRAVERTIS PURS.*

Photos	Type Caractérologique	Type Prosopologique	Traits généraux de la Personnalité	Traits du visage
	Amorphe (n E. n A. S.)	Passif non émotif	Extraversion réceptive passive, tournée vers le plaisir — pas d'activité — sans émotivité — avec affectivité — sans volonté — peu d'attention — désirs légers — personnalité rétrécie.	— Faciès tendant vers l'optimisme. — Paupières lourdes. — Regard sur le plan horizontal orienté en avant. — Ouverture des narines. — Sourire facile. — Lèvres semblant toujours sur le point de donner un baiser. — Carré du menton inexistant.
	Nerveux (E. n A. P.)	Sociable pour son plaisir	Extraversion réceptive pour son propre plaisir — peu ou pas actif — Emotivité forte mais instable — affectivité légère — peu volontaire — attentif — sociable	— Faciès crispé. — Crispation instable du frontal et du sourciller. — Regard sur le plan horizontal orienté en avant. — Sourire net accompagné de clignement des yeux. — Parfois action du releveur des paupières au moment du sourire (indique l'affection). — Carré menton peu marqué.
	Colérique (E. A. P.)	Tonique sociable pour son plaisir émotif.	Extraversion réceptive pour son propre plaisir. activité due à tonicité et volonté — Emotivité stable — Affectivité — volonté — sociable et dynamique mais devant des situations simples — Mi constructif — Mi actif.	— Souriant avec mimiques musculaires accusées. — Regard sur le plan horizontal en avant. — Contraction du carré du menton.
	Sanguin (n E. A. P.)	Tonique sociable pour son plaisir non émotif.	Extraversion réceptive pour son propre plaisir. activité due à tonicité et volonté sans émotivité — avec affectivité — volonté — dynamique — calme devant des situations simples — sociable — Mi constructif — Mi destructif.	— Souriant. — Regard sur le plan horizontal en avant. — Contraction marquée du carré du menton.

II. — *INTROVERTIS PURS.*

Photos	Type Caractérologique	Type Prosologique	Traits généraux de la Personnalité	Traits du visage
	Apathique (n E. n A. S.)	Inhibé distant	Inhibé distant peu émotif — Pas d'activité — peu affectueux — sans volonté, mais entêté, influençable, rancunier, éprouvant de l'antipathie pour beaucoup de personnes, pas sociable — peu de valeur personnelle, destructif.	— Front têtu. — Traits accusés. — Regard dans le plan inférieur orienté en avant ou vers le côté. — Carré du menton pas marqué.
III. — *INTROVERTIS COMPLETS PAR EXTRAVERSION.*				
	Sentimental (E. n A. S.)	Inhibé réceptif émotif	Inhibé réceptif très émotif, sans activité — contact affectif sans affection — sans volonté et vulnérable — peu équilibré — tourmenté obsessionnel — attention inquiète — vite découragé — sociable mais peu de valeur personnelle — Mi constructif — Mi destructif.	— Faciès inquiet, tourmenté. — Regard dans le plan inférieur orienté en avant. — Sourire las, sceptique, parfois avec une pointe d'humour.
IV. — *EXTRAVERTIS VALORISES PAR INTROVERSION.*				
	Flegmatique (n E. A. S.)	Efficace	Actif — non émotif — réfléchi — Equilibré — Tonique dynamique — peu affectueux — volontaire — efficace — réalisateur — attentionné — persévérant — attentionné — persévérant — discipliné mais autoritaire (type du cadre) — pas sociable — valeur personnelle.	— Faciès calme, équilibré, contrôlé. — Traits non crispés. — Regard dans le plan horizontal en avant. — Carré du menton très marqué.
	Passionné (E. A. S.)	Energique	Activité — émotivité contrôlée — peu d'affectivité — volonté marquée — attention curieuse — équilibré — peu sociable — valeur personnelle — vit la réalité présente, mais limite son contact — efficace — réalisateur — dynamique aimant triompher des obstacles — aime prévoir en actualisant l'avenir.	— Aspect général attentif — bouillant, énergique. — Regard dans le plan horizontal en avant. — Carré du menton très marqué.

Roger MUCCHIELLI dans ses travaux concernant la morpho-psychologie a introduit deux termes qui tendent a indiquer la facilité ou la difficulté d'adaptation de l'individu face aux diverses données des problèmes humains.

La Plasticité qui correspondrait à une forme mentale ouverte à ces problèmes. La Séjonctivité qui correspondrait à un état mental fermé à ces mêmes problèmes.

Considérant trois problèmes fondamentaux humains, il reconnaît deux sortes d'attitudes possibles attachées à des morphologies adaptées.

Attitude plastique ou séjonctive devant le monde sensible, la vie réelle.
Attitude plastique ou séjonctive à l'égard d'autrui.
Attitude plastique ou séjonctive à l'égard de « soi ».

L'expression de ces attitudes se situent aux 3 étages de la face. L'émotivité et l'activité sont aussi indiquées à travers la morphologie générale. Cet enseignement a ceci d'intéressant qu'il précise la caractérologie dans chacune de ses composantes ; en effet la morphologie séjonctive ou plastique peut s'adresser à tous les types de LE SENNE et permet ainsi d'en nuancer favorablement le diagnostic, en précisant justement les facteurs fondamentaux et les tendances.

Nous ferons appel à lui pour l'étude prosopologique de nos patients.

Il faut toujours préciser que dans le cadre de nos travaux, ils apporteront un élément supplémentaire d'appréciation, étant entendu que toutes les indications concourant à l'élaboration de notre diagnostic, se vérifieront mutuellement.

— En nous basant sur les considérations qui précèdent, sur nos recherches personnelles et l'expérience qu'elles nous ont conférée, nous pouvons maintenant présenter la façon originale et pratique de procéder à l'établissement de ce diagnostic.

III. Diagnostic du Caractère et de l'Attitude Mentale du Patient.

[I]. — LE PRATICIEN S'INTERROGE :

1°/ *Fiche patient :*

Nom :
Prénom :
Sexe :
Nationalité :
Age :
Profession :

Situation de famille :
Profession du conjoint :
Profession des parents :
Adresse :

Avez-vous déjà porté un appareil de prothèse mobile ?
Vous a-t-il rendu service ?
Dents perdues par suite de :
Appareillé le :
Habitué ou non à l'appareil :

Constatations après le port de l'appareil.

Cette fiche précise, le degré d'instruction, la culture éventuelle, le degré d'intelligence pragmatique, le milieu familial etc...

2°/ *Le colloque singulier* :

A) *Observation des attitudes du patient.*

renseigne sur :

l'émotivité \ rougeur ou pâleur exagérée du visage
l'émotivité / mains moites
l'émotivité / attitude générale crispée, inquiète

le retentissement \ primarité (engage rapidement la conversation, prolixe)
le retentissement / secondarité (range soigneusement ses affaires personnelles

éventuellement l'activité primarité \ plainte pour un retard trop important du praticien concernant l'heure de ses rendez-vous.

B) *Analyse par le débat.*

Pour la commodité de l'exposé on est obligé de dissocier cette analyse caractérielle en considérations générales et débat dirigé, mais l'appréciation est souvent synthétique.

Il convient en provoquant une conversation cordiale et sympathique de montrer au patient l'intérêt que l'on porte à son cas, afin de gagner sa confiance.

Ensuite on l'informe des donnécs de son problème et des difficultés que l'on risque de rencontrer pour stimuler son attention et sa collaboration. Il faut surtout éviter d'être choquant pour ne pas éveiller des angoisses latentes.

Enfin on axe la conversation sur les édentés connus de la famille, pour offrir au patient la possibilité de faire connaître ses propres sentiments à travers les expériences familiales.

En poussant plus avant cette discussion sur la famille on a des possibilités de sondages importantes.

En dirigeant habilement cette conversation sur des points précis, on provoquera des réponses ou des silences, qui mettront en évidence les facteurs caractériels recherchés ; on pourra saisir une personnalité ayant une tendance naturelle à se dérober.

a) *Considérations générales :*
renseignent sur :

— l'émotivité
  — inquiétude manifestée par des questions plus ou moins adroites, émaillées de soupirs ou de changement d'intonation dans la voix
  — peur ou inquiétude spontanément avouée

- le retentissement

  — primarité
    — prolixe
    — réponses rapides et spontanées
    — confidences faciles
    — questions ayant un intérêt immédiat

  — secondarité
    — attend d'être questionné pour parler
    — réponses après réflexions
    - réponses après coup, sur des questions posées antérieurement
    — questions spontanées sur la durée de la prothèse

— l'itelligence et l'éducation
  expression verbale correcte et assurée.

b) *Débat dirigé.*

On doit supposer le transfert positif acquis, sinon il est délicat et difficile. Il est l'émanantion du questionnaire de BERGER, mais reste dans le cadre du domaine familial pour les raisons indiquées plus haut.

■ recherche de l'émotivité
  inquiétude sur des problèmes mineurs
  rapidement décontenancé, facilement ému
  susceptibilité

■ recherche de l'activité
  sportif pratiquant
  Heures de loisirs toujours occupées, même si à la retraite
  décisions immédiates
  travail jamais renvoyé au lendemain

■ recherche du retentissement
  — primarité
    impulsivité (colères sans rancune)
    non conformisme
    impatient
    désir de nouveauté
    chagrins vite oubliés
    avide de nouveautés
    envisage la possibilité de changer prothèse

secondarité
réserve
habitudes strictes, conformisme
remarche le passé
rancune possible
réflexion
prévoyance
envisage la prothèse pour longtemps
(l'avidité joue un rôle)

Avec un excellent transfert, il est possible de demander directement au patient s'il est émotif. La réponse sera nette et loyale.

Par contre la non-activité sera la plupart du temps tenue cachée et ne pourra être reconnue qu'à travers le dialogue.

Le retentissement risquant de ne pas être compris par le patient, seul le dialogue permettra de se faire une idée.

■ recherche de la polarité

Vénus
adoption spontanée des manières du milieu où l'on vit
— recherche de l'attention ou de l'affection des personnes du milieu dans lequel on vit

Mars
— Amour du risque
— besoin d'indépendance
besoin de défendre ses idées

■ recherche de la polarité

recherche en matière d'achat des « occasions » offrant un avantage pécuniaire
sensibilité à la notion de rendement de prix du temps (profession)

■ recherche de la sensorialité

amour de la bonne chère
goût de l'esthétique

■ recherche de la tendresse

besoin fréquent d'une présence amie
recherches de manifestations sincères de tendresse
sensibilité au sort d'autrui
recherche de l'aide d'autrui

3° *Etude prosopologique succincte : (selon Mucchielli)*
Emotivité - Activité

EMOTIVITE	NON-EMOTIVITE
— Finesse des traits du visage dans leur dessin singulier. — Délicatesse du revêtement cutané. Plis de la peau légers s'ils existent. — Vibratilité de la mimique, même discrète. — Teint coloré et chaud. — Regard vif et chaud.	— Epaisseur des traits du visage dans leur dessin singulier. — Grain plus grossier de la texture de la peau. Plis plus épais par manque de finesse des insertions des muscles peauciers. — Immobilité spontanée du visage et lourdeur naturelle de la mimique. — Teint mat ou laiteux. — Regard atone.

ACTIVITE	NON-ACTIVITE
— Equilibre des trois étages. — Visage court, tendant au carré. — Consistance et fermeté des chairs. — Contraction du muscle carré du menton.	— Non-équilibre des trois étages. — Longueur relative du visage, toutes compensations faites. — Mollesse des chairs ; flaccidité de certaines courbes du visage. — Contraction du muscle houppe du menton (état habituel).
Sthénie des vestibules — Obliquité de la fente des yeux en dehors et en haut. — Relief du muscle prétarsal sur le bord de la paupière inférieure. — Nez de modelé ferme. — Bouche sthénique, aux lèvres fermes et serrées (orbiculaire interne). — Commissure droite (action du risorius).	*Asthénie des vestibules* — Inclinaison des yeux en dehors et en bas. — Relief du muscle préseptal sous les yeux. — Nez tombant, plongeant. — Abaissement de sa cloison. — Bouche molle aux lèvres entr'ouvertes. — Coins de la commissure affaissés (action du triangulaire et du peaucier).

Plasticité - Sejonctivite à l'égard du réel
(étage supérieur face)

SEJONCTIVITE	PLASTICITE
PRIMARITE	*SECONDARITE*
— Front uniforme, généralement convexe. — Sourcils normalement situés ou situés assez haut (frontal). — Yeux grands, clairs, le plus souvent assez saillants.	— Front plutôt plat. — Zone rétractée au milieu du front « Barre de réflexion » (longitudinalement). — Sourcils bas situés et surplombant l'orbite. — Yeux plutôt petits, de couleur sombre, enfoncés dans l'orbite.

Plasticité - Séjonctivité à l'égard d'autrui
(Etage moyen face)

PLASTICITE	SEJONCTIVITE
Polarité VENUS (Conciliation) — Convexité légère ou redressement des lignes du profil par suite de la dilatation latérale. — Lignes rondes et douces dans tout le visage. — Machoire et menton ronds. — Nez concave.	*Polarité MARS (Opposition)* — Obliquité du front et saillie de l'étage moyen, par suite de la rétraction latérale. — Lignes anguleuses dans tout le visage. — Machoire basse. Menton saillant. — Nez pointant ou convexe.
Froideur affective — Rétrécissement du diamètre bimalaire. — Nez sec et petit.	*Tendresse* — Dilatation du diamètre bimalaire. — Nez charnu et lourd.
Confiance, sociabilité — Plénitude et rondeur des joues vues de profil. — Action zygomatique. — Saillie du plan sous-nasal. Lèvre supérieure surplombante. Buccinateur.	*Méfiance, Inadaptation sociable* — Rétraction latéro-nasale. Ecrasement des joues de part et d'autre du nez. — Retrait du plan sous-nasal. Eventuellement, abaissement des commissures labiales.

Plasticité - Séjonctivité à l'égard du « soi »
(Etage inférieur face)

PLASTICITE	SEJONCTIVITE
Désir d'expansion, d'affirmation *Ambition, avidité* — Dilatation de l'étage inférieur. — Massivité du cou + tonicité du muscle incisif. — Augmentation du diamètre bigoniaque. — Développement des muscles masticateurs.	*Retraction mentale* — Retraction de l'étage inférieur. — Gracilité du cou + orbiculaire des lèvres. — Diminution du diamètre bigoniaque. — Hypotrophie des masticateurs.
Désir de sensation (sensorialité) — Développement de la bouche. — Lèvres charnues et colorées. — Lèvre inférieure généralement plus développée. — Saillie du plan buccal. — Développement du lobule de l'oreille. — Action du dilatateur des narines.	*Refus de sensation* *(pas de sensorialité)* — Amenuisement de l'orifice buccal. — Lèvres fines et sans couleurs. — Enfoncement de l'orifice buccal à l'abri du cadre osseux des maxillaires. — Amenuisement du lobule de l'oreille.

4°/ *Tests fondés sur les réactions du patient devant des situations provoquées :*

Ils ont une valeur certaine, mais les résultats ne sont pas constants. Ils doivent parfois être appréciés en tenant compte des facteurs secondaires pouvant entrer en jeu.

* *1er test* concerne *le retentissement.*

— L'assistance propose au patient de prendre certaines affaires personnelles (sac, manteau, cartable ou lunettes) sous prétexte de le dégager d'un encombrement superflu.

Il y aura primarité :

— Si le patient laisse faire l'assistance avec indifférence, sans même se préoccuper de l'endroit où sont posées ces affaires, ou de la façon dont elles sont posées.

· Si le patient pose lui-même ces affaires, mais négligemment et sans délicatesse.

Il y aura secondarité :

— Si le patient n'y consent qu'avec difficulté sur l'invitation pressée de l'assistance et prend bien garde du soin avec lequel sont posées les affaires et de l'endroit.

— Si le patient préfère le faire lui-même, malgré l'insistance de l'assistance et les range avec minutie.

* *2e tests* concerne *l'activité.*

— A l'entrée du patient dans le cabinet dentaire, lorsque le patient a le dos tourné, l'assistante laisse tomber un petit objet, assez loin pour qu'il ne l'aperçoive pas, et fait mine de le chercher.

Il y aura activité :

— Si le patient aide aussitôt l'assistante à chercher l'objet et surtout s'il persiste.

Noter deux facteurs secondaires pouvant entrer en jeu : l'éducation (politesse) et l'intérêt sensoriel. Mais ces deux facteurs ne l'obligeront à chercher qu'un court instant ou sans grande attention.

* *3e tests* concerne *l'émotivité.*

· Durant l'examen prosopologique ou le colloque singulier : Le praticien provoquera une descente inopinée du fauteuil, puis mettra la turbine en marche.

· L'assistante fermera brusquement une porte.

Il y aura émotivité :

— Si le patient tressaille ou sursaute.

Si le patient rougit ou pâlit.

Il faudra noter surtout l'importance du réflexe.

[II]. — LE PRATICIEN INTERROGE :

Questionnaire concernant l'attitude mentale du patient :

Outre l'attitude mentale, les réponses précisent aussi certains facteurs de tendances qui sont notés à la fin du paragraphe.

A) *face à son édentation :*

a/ avez-vous souhaité la disparition totale de vos dents ?

b/ au contraire avez-vous reculé le plus posible l'échéance de cette disparition ?

c/ vous sentez-vous handicapé par la perte totale de vos dents ?

B) *face à la thérapeutique.*

a/ qu'attendez-vous avant tout des appareils qui vont remplacer vos dents ?
- une bonne mastication ?
- un bon résultat esthétique ?
- une possibilité de mieux parler ?

b/ êtes-vous fixé sur la couleur, la forme des dents artificielles qui vont être choisis pour confectionner vos appareils ? Les désirez-vous bien alignées, apparentes ou plutôt un peu de travers pour donner l'illusion du vrai ?

c/ pensez-vous que le remplacement de vos dents mérite un sacrifice financier ?

a/ et b/ : précisent l'intérêt sensoriel
c/ : précise l'avidité.

C) *face au praticien.*

a/ pensez-vous pouvoir aider efficacement votre chirurgien dentiste, dans son entreprise visant à remplacer correctement vos dents ? Comment ?
- par votre collaboration ?
- par votre docilité ?
- par vos avis ?

a) précise
- la sociabilité
- la tendresse
- la polarité

FICHE DIAGNOSTIQUE

Caractère	*Observation*	*Colloque*	*Test provoqué*	*Prosopologie*	*Total*	*Diagnostic*
Emotivité	+ ± —	+ ± —	+ ± —			
Activité	+ ± —	+ ± —	+ ± —			
Primarité	+ ± —	+ ± —	+ ± —			
Secondarité	+ ± —	+ ± —	+ ± —			

Tendances	*Colloque*	*Questionnaire*	*Prosopologie*		*Total*	*Diagnostic*
Polarité	+ ± —	+ ± —	+ ± —			
Avidité	+ ± —	+ ± —	+ ± —			
Sensoriel	+ ± —	+ ± —	+ ± —			
Tendresse	+ ± —	+ ± —	+ ± —			

Intelligence	*Fiche patient*	*Colloque*			*Total*	*Diagnostic*
Intelligence	+ ± —	+ ± —				

Attitudes mentales	*Edentation*	*Total*	DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC GENERAL
a	+ ± —			
b	+ ± —			
c	+ ± —			
	Thérapeutique			
a				
b				
c				
	Praticien			
a				
b				
Divers				

EXPLICATION DE LA FICHE DIAGNOSTIQUE

L'établissement du diagnostic caractérologique qui nous est nécessaire, doit tenir compte de deux points essentiels :

1°/ Le patient ne doit en aucune façon être averti du fait que le praticien va établir son diagnostic psychique.

2°/ Le praticien doit avoir des connaissances suffisantes concernant la caractérologie et une certaine habitude de l'investigation psychique.

L'analyse de la fiche diagnostique permettra alors au praticien d'établir son diagnostic.

Pour ce faire :

A/ Il examinera dans son bureau la fiche du patient remplie par l'assistante dans la salle d'attente. Si cela s'avère possible, dans la rubrique « Intelligence », colonne « fiche du patient », il entourera d'un rond rouge

le signe + pour une intelligence supposée satisfaisante.
le signe ± pour une intelligence supposée moyenne.
le signe − pour une intelligence supposée faible.

B/ Au cours du colloque singulier, et en fonction des différentes phases qui le composent.

— Dans les rubriques « Caractères », « Tendances », à la colonne « Colloque », à la faveur des attitudes et des réponses du patient, il entourera d'un rond rouge

le signe + si les facteurs intéressés lui paraissent positifs.
le signe ± si les facteurs intéressés lui paraissent moyens.
le signe − si les facteurs intéressés lui paraissent négatifs.

— Dans la rubrique « Intelligence », colonne « Colloque » ,il procèdera comme dans le paragraphe A concernant la fiche du patient.

C/ Sous prétexte de l'étude du choix des dents de remplacement, il examinera le visage pour procéder à l'examen prosopologique.

Dans la rubrique « Caractères » et « Tendances », colonne « Prosopologie », par suite de l'appréciation des traits du visage, il entourera d'un rond rouge

le signe + si le facteur considéré semble positif.
le signe ± si le facteur considéré semble moyen.
le signe − si le facteur considéré semble négatif.

D/ Les tests provoqués, comme déjà indiqué, se passeront forcément de part leur nature, à des moments différents de la séance.

Il conviendra au moment opportun, dans la rubrique « Caractère » colonne « test provoqué », d'entourer d'un rond rouge

le signe + si le facteur considéré semble positif.
le signe ± si le facteur considéré semble moyen.
le signe − si le facteur considéré semble négatif.

E/ Le praticien passera alors au questionnaire sur l'attitude mentale
— A la rubrique « Tendance », colonne « Questionnaire », il entourera d'un rond rouge
— le signe + si le facteur considéré semble positif.
— le signe ± si le facteur considéré semble moyen.
— le signe — si le facteur considéré semble négatif.
— Tout autre facteur pouvant apparaître intéressant sera noté à la rubrique « Divers ».

COTATIONS :

Considérant que le colloque représente la partie principale de notre analyse dans toutes les rubriques, nous donnerons aux différents signes de cette colonne, la valeur suivante : (+=2) * (±=1) * (—=0).

Dans toutes les autres colonnes (+=1) * (±=1/2) * (—=0).

C'est l'addition des points qui déterminera la puissance ou la faiblesse du facteur considéré.

Ainsi, pour les rubriques « Caractères et Tendances », un total compris entre 2 et 4 correspondra à un facteur positif (fort), un total entre 0 et 2 à un facteur négatif (faible), un total égal à 2 à un facteur moyen (équilibré).

■ Toujours dans le cadre du questionnaire, il faudra passer en revue les trois paragraphes concernant l'attitude mentale du patient vis-à-vis de l'édentation, de la thérapeutique, du praticien.

— Le premier comprend trois questions :

Une réponse affirmative (+) à la première ou négative (—) à la seconde signifiera que le patient est favorable à l'édentation.

Une réponse affirmative (+) à la seconde ou négative (—) à la première signifiera que le patient est défavorable à l'édentation.

(Il peut en souffrir, voire en être complexé).

Une réponse neutre (±) aux deux questions signifiera que le patient est passif devant cette édentation.

Une réponse affirmative (+) à la troisième signifiera que le patient admet qu'il est handicapé.

Une réponse négative (—) à la troisième signifiera que le patient admet qu'il est peu handicapé.

Une réponse neutre (±) à la troisième signifiera que le patient est moyennement handicapé.

— Le deuxième comprend trois questions :

L'ensemble de ces questions pour lesquelles il n'est prévu aucun signe ni cotation, nous précisera l'intérêt que l'édenté porte à sa prothèse, ceci en fonction du détail de ses réponses. En outre, il nous indiquera la vision subjective que l'édenté se fait de sa future prothèse. (Cela sera important dans la nécessité d'une préparation psychique en vue d'une orientation thérapeutique différente de celle du patient).

Face à cette thérapeutique nous noterons trois attitudes différentes :

Résolument { négative — (contre celle-ci).
positive — (en faveur de celle-ci).

Inquiète.

Indifférente.

— Le troisième comprend deux questions :

Il n'est pas non plus soumis à cotation. Il doit permettre avec l'expérience des paragraphes précédents, de jauger si le patient sera :

Réceptif coopérant.
Réceptif non coopérant.
Non réceptif, non coopérant (indifférent).
Revendicateur (instable).
Résistant.
- Inquiet.
— Fanfaron.
— Chicanier.

L'ensemble nous situera le terrain psychique.

Bien entendu une interprétation interviendra comme dans tout diagnostic.

Elle sera fonction de l'aptitude de chaque praticien, donc dépendra en partie d'un facteur psychique s'apparentant au « sens clinique », propre au diagnostic médical, et que l'on peut nommer « sens psychique ».

Mais ce facteur n'influera que dans les détails et sera minimisé par l'obligation pour le testeur de se tenir le plus près possible des faits, donc des résultats, en somme de l'objectivité.

CHAPITRE V

ENQUETE CLINIQUE PERSONNELLE VISANT A METTRE EN EVIDENCE L'EXISTENCE D'ECHECS THERAPEUTIQUES D'ORDRE PSYCHIQUE ET LES RAISONS AYANT MOTIVE CES ECHECS

I° L'enquête.

1°/ *Mise en œuvre de l'enquête :*

J'avais au départ pensé partager le travail entre plusieurs praticiens exerçant en clientèle privée ou dans un centre d'enseignement dentaire, afin d'examiner un maximum de cas et établir ainsi une statistique plus étoffée.

Un enseignant en psychologie (1) me fit comprendre qu'il était souhaitable, pour que cette enquête présente une rigueur certaine, qu'elle soit établie dans le calme d'un cabinet privé par un praticien rompu aux investigations psychiques.

Ainsi on diminuerait le risque d'interprétations erronées, dues à des enquêtes mal conduites et faussées par la subjectivité de testeurs peu entraîné.

La nécessité, pour passer outre ces recommandations, de former moi-même plusieurs testeurs, finit par me convaincre, d'autant que le nombre de cas que m'offrait ma propre clientèle paraissait suffisant à mon conseilleur.

Toutefois, pressentant les difficultés d'une telle enquête, je la fis en deux temps.

J'examinais d'abord 50 patients déjà appareillés depuis plus de deux ans et moins de dix ans ; puis 30 patients à appareiller choisis dans ma clientèle et celle de mon collaborateur.

(1) M. Tap, Maître-Assistant à la Faculté des Sciences Humaines de Toulouse.

Le nombre de cas peut à priori paraître relativement faible. Il n'en est rien.

Il ne s'agit pas de soins dentaires, mais de prothèses totales, dont heureusement de nos jours, le pourcentage subit une courbe descendante du fait de l'accroissement des traitements conservateurs.

Tous les tests nécessaires ont été exécutés pour vérifier la valeur technique des prothèses considérées. Tous les patients porteurs de prothèses techniquement défectueuses ont été éliminés.

2°/ ***Résultats statistiques.***

a) *portant sur les patients déjà appareillés.*

C'est en somme une enquête préliminaire d'étude. L'établissement du diagnostic caractérologique a été basé sur la méthode d'approche décrite dans le chapitre précédent, à ceci près que je connaissais déjà fort bien le contenu de la fiche des patients et à peu près leur attitude mentale.

Le dénombrement des refus et acceptations de la thérapeutique attachés aux divers caractères, nous permet de formuler les statistiques approchées qui ressortent de cette première enquête.

Nous les avons schématisées dans le tableau synoptique suivant :

Sur 50 cas (déjà appareillés)

			Colérique E. A. P.	Passionné E. A. S.	Nerveux E. Na. P.	Sentimental E. Na. S.	Sanguin Ne. A. P.	Flegmatique Ne. A. S.	Amorphe Ne. Na. P.	Apathique Ne. Na. S.
Avant enquête donc à la pose de l'appareil ou dans les 2 mois qui suivent	refus	17 34%	3 6%	3 6%	3 6%	5 10%	1 2%	1 2%	1 2%	0 0%
	accep-tation	33 66%	1 2%	6 12%	1 2%	1 2%	6 12%	8 16%	6 12%	4 8%
Après enquête donc après 2 à 10 ans de pose d'appareil	refus	12 24%	2 4%	2 4%	3 6%	5 10%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	accep-tation	38 76%	2 4%	7 14%	1 2%	1 2%	7 14%	9 18%	7 14%	4 8%

Nous l'analyserons en même temps que celui qui découlera de l'enquête des patients à appareiller.

b) *Enquête portant sur les patients à appareiller.*

Elle fut faite telle que nous l'avons préconisée, en insistant davantage sur le colloque singulier, qui déjà nous apparaissait comme fort important, pour situer le cadre socio-familial. Toujours d'un point de vue statistique, elle aboutit au tableau synoptique établi dans le même ordre de pensée que précédemment.

Sur 30 cas (à appareiller)

			Colérique E. A. P.	Passionné E. A. S.	Nerveux E. Na. P.	Sentimental E. Na. S.	Sanguin Ne. A. P.	Flegmatique Ne. A. S.	Amorphe Ne. Na. P.	Apathique Ne. Na. S.
Immédiatement après la pose de l'appareillage et dans le mois qui la suit	refus	12 40%	2 6,6%	3 10%	4 13,3%	2 6,6%	0 0%	0 0%	1 3,3%	0 0%
	accep-tation	18 60%	1 3,3%	3 10%	0 0%	0 0%	5 16,6%	3 10%	4 13,3%	2 6,6%
6 mois après la pose de l'appareillage	refus	9 30%	0 0%	2 6,6%	4 13,3%	2 6,6%	0 0%	0 0%	1 3,3%	0 0%
	accep-tation	21 70%	3 10%	4 13,3%	0 0%	0 0%	5 16,6%	3 10%	4 13,3%	2 6,6%

Nous admetons certes que notre enquête n'est sans doute pas parfaite, du fait même qu'elle s'adresse aux choses de l'esprit si difficilement saisissables, du fait aussi qu'elle porte sur un nombre de cas relativement réduit, quoique suffisant dans le cadre de nos recherches.

La traduction de nos statistiques en pourcentage est une simple commodité ; elle ne vise pas à une généralisation de nos résultats, mais à une constatation qui, nous le souhaitons, sera vérifiée par de nombreux autres chercheurs.

Nous avons envisagé l'interprétation des résultats avec toute la réserve nécessaire.

Malgré son imperfection, cette expérience, étayée au maximum sur des faits concrets, nous a conduit à formuler certaines remarques.

3°/ *Remarques sur le déroulement de l'enquête.*

— L'émotivité est facile à déterminer. La simple observation est souvent suffisante. Le colloque et les tests provoqués sont toujours fort révélateurs.

— L'activité et le retentissement sont plus difficiles à appréhender. Le colloque est souvent seul capable de les préciser.

A ce propos, il est important, lorsque l'appréhension est trop difficile, de demander au patient de se faire accompagner dans une séance ultérieure, par la personne de sa famille avec laquelle il est en contact permanent et étroit (conjoint, frère, sœur, ascendant). On est alors

étonné de voir combien cette tierce personne habilement questionnée, dévoile avec loquacité la façon de vivre et de réagir de l'édenté. Tout s'illumine alors rapidement au sujet des deux facteurs précités.

Parfois, on peut user d'un subterfuge complémentaire. On simule un appel téléphonique à l'adresse de l'édenté. Un scénario bien monté entre le patient et l'assistante, arrête assez tôt le patient se dirigeant vers l'écouteur en prétextant une erreur.

Il est alors important de noter comment réagit le patient dans les tous premiers instants.

S'il semble détaché ou même heureux de cet événement fortuit qui lui apporte un divertissement, c'est un primaire.

S'il est mécontent, gêné, contraint, voire intimidé, c'est un secondaire. On pourrait rétorquer que l'émotivité joue aussi un rôle, c'est exact, mais elle ne s'exprime que dans le degré de l'étonnement ou de la crainte, non dans la satisfaction ou l'insatisfaction de l'événement.

Les facteurs tendanciels apparaissent assez clairement au cours du colloque ou du questionnaire sur l'attitude mentale. Pourtant nous avons constaté que la prosopologie prenait toute sa valeur dans leur détermination.

Les aptitudes et les facteurs acquis sont descellés le plus souvent au cours du colloque singulier.

4°/ *Remarques sur les résultats statistiques :*

■ **Facteur Temps.**

— L'enquête préliminaire d'étude, révèle qu'en matière de thérapeutique prothétique « le temps est aussi un grand maître ». Le pourcentage de refus dans les 2 à 10 ans ayant suivis l'appareillage, laisse apparaître un recul de ces refus d'origine psychique de l'ordre de 10 %, dans notre étude.

Une habitude s'est donc instaurée et a vaincu spontanément, semble-t-il, les réticences des patients vis-à-vis du port de la prothèse.

Il nous a paru nécessaire de rechercher les raisons de ce changement.

Nous avons alors entrepris de convoquer à nouveau chaque patient concerné, afin de procéder à un sondage plus profond sur la vie de chacun. Nos espoirs furent comblés. En dynamisant nos relations avec ces patients, nous avons obtenu très rapidement de véritables confessions, facilités il faut le dire par les contacts affectifs déjà établis. Cela nous a confirmé que le temps pouvait à lui seul dédramatiser le problème prothétique et induire une attitude nouvelle.

■ **Facteur événementiel.**

Nous avons constaté que la plus part de ces changements d'attitude vis-à-vis de la prothèse, faisaient suite à un événement marquant, bon ou mauvais, touchant à la vie familiale ou sociale du patient. Cet événement avait en quelque sorte maîtrisé le psychisme du patient, ou du moins l'avait aiguillé de telle sorte, que son refus lui était aparu puéril. Ainsi il y avait eu rélégation de ce refus au profit d'une prise de cons-

cience objective, entraînant comme corollaire la nécessité d'accepter la prothèse comme une chose naturelle.

Nous avons tenu à rapporter quelques cas, relevés au cours de notre étude.

Le premier concerne un rapatrié d'Algérie de 51 ans, flegmatique qui, resté sans ressources quelques années, avait eu la joie de mettre sur pied un commerce assez florissant.

Le deuxième est celui d'un retraité revendicateur de 66 ans, colérique, ayant trouvé un emploi à temps partiel lui permettant d'augmenter son pécule.

Le troisième est le cas d'une institutrice de 42 ans, passionnée qui, avide d'affirmer sa personnalité ne trouva son équilibre psychique qu'à travers la réalisation d'une œuvre sociale agricole.

Le quatrième se rapporte à un homme de 47 ans, sanguin, avide et saturé de sédentarisme, transformé par une reconversion professionnelle ayant satisfait ses besoins pécuniaires et son tempérament libéral. D'employé de bureau il était devenu représentant de commerce.

Le cinquième et dernier est le plus pénible. C'est le cas de l'épouse d'un médecin âgée de 56 ans, amorphe, qui ayant perdu prématurément son époux, avait estimé que les épreuves quotidiennes de la vie étaient fort faciles à accepter, y compris sa prothèse totale pour laquelle, avant ce coup du sort, elle éprouvait un profond dégoût, lié à une idée de déchéance.

On peut déjà noter que les refus d'ordre psychique simple, trouvent leurs sources dans le cadre socio-familial particulier à l'édenté. On peut donc supposer que ces refus prennent naissance dans le même cadre ou dans les habitudes prises dans ce cadre, grâce au caractère favorisant de l'édenté.

Nous reviendrons plus loin sur ce problème et les possibilités que nous avons d'en réduire les effets.

■ *Facteur caractère.*

Dans les deux tableaux il ressort nettement que la majorité des refus se trouvent, par ordre décroissant :

— chez les sentimentaux et les nerveux.
- puis chez les passionnés.
- plus rarement chez les colériques.
très rarement chez les amorphes.

On est donc en droit de penser que l'émotivité est le moteur de ces refus, tandis que la non-activité semble l'aggraver. On peut donc imaginer combien le milieu extérieur risque de conditionner les attitudes des candidats au refus.

C'est pourquoi, plus les passionnés et les colériques présenteront une grande émotivité et une faible activité, donc plus ils deviendront des para sentimentaux ou des para nerveux, plus le milieu extérieur aura de prise sur eux et risquera de troubler leur conscience claire.

C'est ce qu'explique le pourcentage relativement élevé des refus parmi ces caractères.

Ainsi dans ce contexte, on peut avec le Dr CHAUCHARD écrire que « l'émotion est une des principales sources des perturbations psy-

chosomatiques », c'est pourquoi « le douloureux n'est plus ce qui excite dangeureusement certaines fibres nerveuses, mais tout ce qui préoccupe ou ennuie. »

Nous n'avons pas cru devoir établir un tableau statistique concernant les tendances, tellement elles s'adressent souvent indifféremment aux divers types de caractères.

Toutefois, il apparaît dans nos enquêtes, sans que cela soit très sensible, que, par ordre décroissant, la polarité Mars atteigne davantage :

le colérique — le passionné.
le sanguin — le flegmatique.

l'avidité concerne le plus souvent :

le colérique — le passionné.
le sentimental.

la sensorialité :

le passionné — le sanguin.

et qu'enfin la tendresse est à peu près également répartie.

Par contre, nous avons très nettement remarqué le rôle joué par l'avidité et la sensorialité.

* La première induit souvent les refus parce qu'elle nuit à l'objectivité du choix de la prothèse et amène ensuite le regret, qui chez le non-actif peut tourner à la rumination mentale.

* La seconde au contraire, surtout si elle tourne vers l'épicurisme facilite le choix.

Chez le sentimental, elle peut amener une atténuation des possibles lamentations sur la perte totale des dents, en lui permetttant de satisfaire ses plaisirs d'ordre épicurien.

Chez le nerveux qui attache de l'importance à l'esthétique, la sensorialité marquée, affirmera la nécessité de la présence de l'appareil.

Chez le colérique comme chez le passionné, la sensorialité, en augmentant le goût de la vie qu'ils ont en commun, permettra d'en supporter les aléas, qu'un tempérament querelleur pourrait leur faire combattre.

La polarité ne semble pas induire les refus, mais elle les affirme.

Quant à la tendresse, son rôle est assez effacé ; elle prédispose à beaucoup d'accords et permet au praticien de s'affirmer. Elle semble donc bénéfique dans le contexte thérapeutique. Elle corrige souvent favorablement les autres tendances.

Toutefois, il faut s'en méfier chez le sentimental, car elle l'incite, pour avoir trop laissé faire le praticien, à des regrets et des revendications futures qui, sans être méchantes, perturbent les relations praticiens-patients et aboutissent aussi à la rumination mentale de ce dernier.

■ *Facteur Age et Sexe.*

L'enquête ne nous a rien révélé de très particulier en fonction de l'âge des patients ou du sexe.

Tout au plus il est certain que le choc psychologique est plus grand chez les personnes de 20 à 40 ans et plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Cela est d'ailleurs atténué par le souhait d'une disparition définitive de dents peu entretenues ou peu soignées. Nous avons relevé un cas de névrose assez important qui était lié au contexte social, chez un industriel passionné de 52 ans.

■ *Facteur Bio-Physiologique.*

Nous avons eu la confirmation que certaines patientes ménopausiques ou post-ménopausiques, étaient et resteraient éternellement insatisfaites de leur appareil, par suite des désordres psycho-physiologique liés à leur état. Ce sont principalement les passionnées et les sentimentales qui présentent ces insatisfactions.

— « Le syndrome post-ménopausique » décrit par Maury MASSLER (1) relate parfaitement les troubles endocriniens et les bouleversements émotionnels qui les accompagnent. Il faut savoir que ce sont des sujets malheureux, qui sont rejetés par de nombreux confrères.

■ *Facteur Professionnel.*

— Il est à noter que nous avons trouvé deux cas de personnes fort âgées qui présentaient des « pseudo-refus ». En fait, il s'agissait d'inadaptations dues à un état muqueux déficient, entraînant une sensibilité particulière.

— Les professions de nos patients étaient tellement différentes, que nous n'avons pas jugé bon les notifier dans ce travail. D'ailleurs a priori, peut-être par manque d'originalité, elles n'ont pas semblé créer le refus, mais plutôt l'assurer dans certains cas. Toutefois, ce refus a semblé plus accusé chez les patients ayant une profession de responsable dans un milieu d'affaire les obligeant à un contact permanent avec des tiers.

Un industriel et un instituteur m'ont seuls exprimés des doléances spéciales en raison de leur profession, mais, sans que cela soit suivit de refus.

Je n'ignore pourtant pas que l'édentation totale est parfois catastrophique, pour certaines professions comme les joueurs d'instruments à vent ; il ne s'agit pas là, quand il existe, d'un refus d'ordre psychologique, mais plutôt d'une impossibilité d'exercer convenablement une profession par suite d'impératifs bio-mécaniques difficiles à concilier.

– Au passage, nous avons vérifié partiellement le bien fondé du tableau proposé par Guy PALMADE sur la « correspondance entre les types caractérologiques et les familles professionnelles » (2).

Si cette règle est transgressée, elle peut perturber le psychisme de l'individu obligé de supporter une profession qui ne correspond pas à son caractère, au point qu'il projette son refus sur d'autres plans (cas n° 4 des refus disparus).

(1) D. D. S. à Chicago-Illinois.
(2) La Caractérologie, par Guy Palmade, P. U. F.

■ *Facteur Socio-Familial.*

Le milieu social et familial peut comme nous l'avons découvert au cours de l'enquête préliminaire, être déterminant dans la cessation des refus. Nous sommes persuadés qu'il l'est aussi dans l'induction de ces mêmes refus, si ce n'est toujours par l'entremise du caractère, du moins par une certaine immaturité du sujet propre à certains caractères.

En effet, nous sommes d'acord avec le Dr Paul BERNARD (2) pour affirmer que si « le stade de maturité est un niveau de comportement vers lequel la personnalité se développe naturellement selon une tendance spontanée à parvenir à la santé mentale, il ne s'agit pas d'un niveau statique fixé une fois pour toute, mais au contraire d'un état toujours remis en question dans chaque situation quotidienne, par le jeu de ces forces de sens contraire, qu'il a fallu discipliner, civiliser au cours de la vingtaine d'années de croissance et d'éducation nécessaires pour faire un homme adulte ».

Les cas dont nous avons parlé tout à l'heure en sont une preuve flagrante.

Nous touchons ici un des principaux aspects du problème des refus. Nous y reviendrons pour présenter une solution.

— L'enquête nous a enfin révélé que les attitudes mentales des patients devant leur édentation totale, se manifestaient d'une façon analogue face à la thérapeutique et face au praticien.

Le patient choqué par son édentation est très souvent réticent devant la thérapeutique et peu coopérant avec celui qui l'élabore.

Le patient désireux d'extraire la totalité des dents atteintes de polycaries par suite de négligence avérée, accepte très facilement l'édentation et coopére en général avec le praticien durant l'élaboration de la prothèse. Dans ce dernier cas, l'intelligence infléchit favorablement l'attitude du patient par le jeu de l'analyse.

Le caractère et le milieu socio-familial jouent un rôle déterminant dans les attitudes du sujet.

Il serait faux de déclarer que dans le classement de nos caractères nous avons eu des types parfaits. La statistique nous oblige à les classer, mais il nous fut parfois très difficile d'établir les différences d'un caractère à l'autre tellement elles étaient peu marquées.

C'est ce qui explique les mille et une facettes semblables, à travers des caractères différents.

Nous pensons pourtant avoir mis dans la balance tous les facteurs nécessaires pour établir le diagnostic.

5°/ *Leçons à tirer.*

A) *Concernant l'objectivité des refus.*

La résultante des refus d'ordre psychologique sur le plan prothétique, est le plus souvent comparable à des troubles ou des échecs thérapeutiques d'ordre technique. Le diagnostic différentiel dépend de la

(2) Le développement de la personnalité, par le Docteur Paul Bernard.

vérification de la technique par les tests classiques concernant la rétention, la sustentation, la stabilisation.

Qu'ils soient au départ conscients pour devenir inconscients, ces troubles tendent tous vers la recherche d'un déséquilibre de l'ensemble prothétique, propre à montrer son inefficacité voire son inutilité.

D'un point de vue strictement prothétique, si on les appréhende rapidement, ils ne sont pas irréversibles ; dans le cas contraire, ils peuvent engendrer des déformations que seule une correction d'appoint peut annihiler.

Ces troubles sont toujours immédiats. Ils proviennent de jeux ou de contractions musculaires qui se transforment en spasmes musculaires.

Le résultat se traduit par .

une malocclusion.
une diminution de la rétention.
des algies sans blessure, d'origine spastique.
des morsures des joues ou de la langue dans des zônes non habituelles.

Plus rarement, nous nous sommes trouvés en face de troubles nauséeux intempestifs, n'ayant pas existé au stade de la prise d'empreinte, de certains troubles de la phonation tel qu'un nasillement exagéré, de plaintes concernant la gustation, ou même de plaintes imprécises axées sur l'idée de corps étrangers buccaux.

L'ensemble de ces troubles est fonction de l'imagination et des possibilités musculaires du sujet et ne correspond qu'à l'appréciation subjective du patient, en l'absence de toute lésion morphologique concomitante.

Ce fait, élimine à priori toute suspicion quant à la technique employée. Pourtant il faudra établir un diagnostic différentiel systématique qui permettra d'éliminer :

a/ les pseudo-troubles des grands vieillards dus aux muqueuses fragiles.

b/ les troubles liés au facteur salivaire défectueux (qualité défectueuse ou absence de salive).

c/ les troubles liés à une malformation de l'Articulation temporo-maxillaire.

d/ les troubles liés à la profession particulière du patient (joueurs d'instruments à vent).

e/ les troubles liés à la ménopause, sous la dépendance d'une fragilité muqueuse exagérée.

B) *Coernant les rapports existant entre les refus et les tendances .*

L'expérience clinique confirme en gros ce qui était prévu.

Les colériques et les passionnés, anxieux devant la maladie, peuvent être agressifs. Ce sont des opposants en puissance, qui peuvent s'affirmer avec violence. Toutefois, leur opposition n'est pas irréductible.

La recherche de l'efficacité, l'ambition chez le passionné.

Le besoin intensif de vivre chez le colérique

assurent assez rapidement l'acceptation d'une intervention qui, somme toute, accroît leur possibilité d'action, leur puissance.

Il faudra toutefois se garder, surtout avec le colérique, de trop de familiarité. Le traitement pourrait être mis en échec.

Le drame est souvent parmi les sentimentaux et les nerveux, véritables sub-psychopathes, repliés sur eux-mêmes, sensibles, soucieux, imaginatifs, qui se créent des problèmes souvent insolubles. Ceux-ci sont aggravés par des tendances fâcheuses comme l'avidité, qui engendrent ce que nous pouvons appeler le complexe « de l'âne de Buridan ».

Les maladies psychosomatiques sont leur fait.

Toutefois, le sentimental abdique assez facilement ce qui arrête les ennuis du praticien. Hélas le drame augmente chez le patient. Le nerveux par contre, s'impatiente et devient insupportable ; le praticien ne trouve de repos que par suite du désir de changement du patient qui l'amène à consulter un autre confrère.

Avec ces malades, il faudra savoir garder ses distances, mais agir avec délicatesse, avec bonté.

— Chez les sanguins, le souci de paraître, de vivre à l'aise dans le monde environnant, de s'adapter à lui et d'y faire bonne figure quels que soient les événements, ne laisse qu'une faible possibilité de regrets sur leur propre déchéance corporelle. CASANOVA poursuit ses conquêtes malgré son âge, son grand nez, ses maladies vénériennes. Il ne connaît pas le scrupule, il ne fait pas de « retour sur soi ». Si les dents lui ont manqué (ce que nous ignorons !), il n'a pas du en souffrir.

Ainsi, le sanguin se prête facilement à la thérapeutique et à ses contraintes. S'il advenait qu'il devienne réticent, il conviendrait de s'appuyer sur ses tendances épicuriennes pour le convaincre d'accepter le traitement.

Les flegmatiques sont peu sensibles au drame. Leur faible émotivité et la facilité qu'ils ont de passer aux actes, les garantissent du retour sur soi et des regrets. Face à l'édentation ils sont sans problème, tellement le monde de concepts ou d'idées dans lequel ils vivent leur permet d'oublier leurs misères organiques ou leurs infirmités.

Par contre, leurs tendances s'expriment avec force ; c'est pourquoi devant leur souci de vérité, le praticien aura intérêt a être très ouvert sur la marche du traitement et les incidences de tous ordres qui pourraient l'accompagner.

Les apathiques et les amorphes sont deux types chez qui se rencontrent le plus de clients faciles. A peu près tous, acceptent sans difficulté la perspective d'échanger leurs propres dents, ou plutôt ce qu'il en reste contre des dents « importées ».

Ils se plient en général aux événements et ceux-ci les modèlent avec facilité. Parfois pourtant, si l'événement demande quelques efforts d'adaptation d'ordre physique, comme c'est le cas chez l'édenté total, il leur arrive de se confiner dans une expectative négative, que seul un événenement plus important peut changer.

Le praticien ne devra pas en attendre de grandes confidences, pas plus qu'il ne sera sollicité en vue d'une aide d'ordre psychologique quelconque.

Il devra se contenter d'agir sans trop parler, méthodiquement, en donant des conseils utiles, qui seront généralement suivis.

II°/ Réflexions concernant la Physiopathologie des refus chez l'édenté total : Ouverture thérapeutique.

Ouverture thérapeutique.

Nous devons à l'enquête de connaître les véritables raisons des échecs thérapeutiques chez l'édenté total.

Ces raisons se présentent sous la forme d'une triade étroitement imbriquée que nous appellerons « Triade d'échec ».

Elle comprend :

a/ **le caractère** : tel qu'il a été défini par LE SENNE. Il représente le facteur de base qui peut suffire à lui-même.

b/ **la maturation** : au sens donné par le Dr Paul BERNARD précédemment cité au paragraphe des résultats statistiques. Elle n'est qu'une conséquence de certains caractères :

Nous pensons que le manque de maturation crée une faille aux conséquences insurmontables en matière de refus.

Or il faut considérer que chez le vieillard qui représente tout de même l'âge de prédilection de l'édentation totale, on assiste souvent à une régression des facultés intellectuelles qui peut notamment se traduire par un abaissement du niveau de maturation. Cela complique le problème psychique.

c/ **le milieu socio-familial** : dont l'enquête préliminaire nous a révélé sinon la constance, du moins l'importance de son emprise. Il représente souvent le facteur déclenchant, qu'il soit conscient ou inconscient.

■ Nous avons ci-dessus décrit comment le praticien devait se comporter vis-à-vis des différents caractères. Mais nous ne savons pas en-

core comment provoquer la libération du malade concernant son inhibition ou l'événement socio-familial éventuel, ayant aiguillé son attitude, et comment déclancher l'aide que nous désirons lui apporter pour vaincre son problème.

— Les trois éléments dont nous venons de parler conditionnent la physio-pathologie des refus. En fait, ils nous permettent d'affirmer qu'outre l'influence du milieu extérieur, cette physio-pathologie est conditionnée par un terrain psychologique constitutionnel particulier, soit congénital, soit héréditaire, reposant avant tout sur l'hyperémotivité et secondairement sur la psychasthénie.

Donc émotion et anxiété formeront le lit de l'échec. Comment les atteindre ?

— Le raisonnement, la pensée réfléchie, l'activité motrice appartiennent à la vie de relation et s'organisent dans le cortex cérébral, tandis que la faim, la soif, la sexualité, autres éléments intéressants de notre problème, s'organisent au niveau de l'Hypothalamus. **(fig. 8).**

Ces deux zônes du systèmes nerveux central représentent donc les zônes d'élection à atteindre, si l'on veut agir sur la physiopathologie des refus ?

Quels moyens possédons-nous et quels sont les mieux adaptés à nos édentés totaux et à nos possibilités professionnelles courantes ?

— On pourrait prescrire aux édentés un traitement médicamenteux genre tranquilisant. Cela ne ferait à notre avis que sécuriser momentanément le patient, mais laisserait entier le problème psychologique lié à sa prothèse.

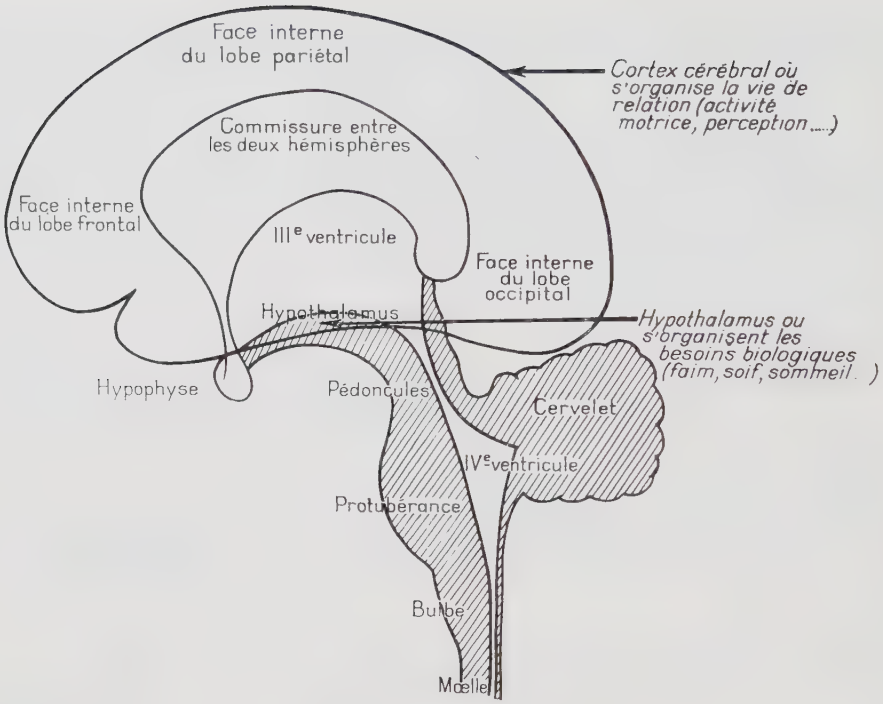
Ce traitement ne peut être opportun que chez des sujets particulièrement mais seulement anxieux, pour lesquels la prothèse ne pose pas de problème majeur.

— Nous savons que dans les cas qui nous préoccupent, l'échec de notre thérapeutique est imputable à un conflit psychique et se manifeste par des plaintes, des récriminations qui souvent sombrent dans un trouble moteur propre à nous prouver le bien fondé de ces plaintes.

Ainsi il nous est permis de penser que ces refus obéissant à la loi de psychomotricité révélée par E. DUPRE. Plus exactement il s'agirait ici de psychomotricité centrifuge, dans laquelle le trouble psychique détermine le trouble moteur.

Mieux même lorsqu'il s'agit de tics, comme l'a dit HENYER, le trouble moteur a son origine dans un trouble affectif initial, qui s'associe à la représentation mentale d'un trouble imaginé qui se réalise.

A notre avis, pour ce qui nous concerne, le trouble affectif initial peut-être d'une nature très éloignée du problème dentaire, mais peut-être aussi intimement lié à ce problème, quoique pouvant appartenir à un passé vécu conscient ou inconscient.



Coupe schématique du
système nerveux central
concernant
le cortex et l'Hypothalamus

(fig. 8)

Ainsi, nous reposant sur les principes d'une psychologie du comportement et de la réaction, qui fut exposée par le psychologue Américain J. B. WATSON sous le nom de « Béhaviourisme », ainsi que par l'Ecole Neurologique de PAVLOV et de BETCHEREW, nous pourrions envisager une thérapie de conditionnement.

La contiguité des cellules motrices et intellectuelles, l'intrication de leurs connexions, l'association de faisceaux intercellulaires reliant les cellules motrices et intellectuelles de la corticalité et les centres sous-corticaux thalamiques de l'affectivité, semblerait appeler ici cette thérapie.

Pourtant si nous admettons la loi de la psychomotricité, nous pensons que l'apprentissage lié à l'emploi de la technique Pavlovienne, loin de rééquilibrer tous les psychismes, risquerait, parce que trop contraignante, d'aggraver certains cas, en favorisant l'apparition de thèmes phobiques nouveaux.

On pourrait rechercher à annihiler l'incoordination psycho-musculaire par une initiation à la relaxation, voire par suggestion hypnotique. Ces psychothérapies plus maniables, ne touchent pas la cause réelle, mais plutôt le symptôme.

La psychanalyse serait sûrement plus adaptée, mais nous ne pouvons obliger tous nos confrères à la subir d'abord, pour la pratiquer ensuite. De plus, son étude est ardue, sa pratique longue et difficile et elle n'est pas sans danger entre des mains inexpérimentées. En fait elle s'adresse à des psychopathes vrais et nécessite d'être pratiquée par un médecin spécialiste des maladies mentales.

Nous nous sommes donc orienté vers une psychothérapie, plus conforme à nos problèmes et à nos possibilités. Nous avons pensé que l'étude des sciences humaines pouvaient apporter la solution au problème qui nous préoccupe.

Elle nous fut inspirée par la lecture des travaux de Carl ROGERS, professeur en Psychologie à l'Université de WISCOUSIN (U.S.A.) sur la « thérapie non directive » par « l'entretien d'aide ».

CHAPITRE VI

PREVENTION ET THERAPIE DE L'ECHEC D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE EN PROTHESE TOTALE, PAR LA DYNAMIQUE RELATIONNELLE

Nos recherches ont visé un triple but :

— d'abord mettre en évidence l'existence de l'échec.
— ensuite déterminer le cadre psychique des sujets prédisposés à cet échec.
— enfin prévenir son éclosion ou essayer d'arrêter sa marche irréversible.

Les deux premiers nous semblent être atteints, mais à quoi serviraient-ils s'ils ne débouchaient sur le troisième ? Nous avons pensé le situer au cœur même des relations humaines.

Car comment sauver un homme d'une quelconque détresse, si ce n'est en lui permettant de trouver au sein même de la communauté humaine le réconfort dont il a besoin ?

Certes, il n'est pas toujours commode et parfois même impossible d'apporter ce soutien à des sujets dont le retour sur soi rejette à priori toute espèce de radeau sauveteur venant de l'extérieur.

Il faudra pourtant savoir susciter chez ce naufragé de l'esprit qui nous intéresse, un appel au secours qui ne coûtera aucune peine à son amour propre.

Pour cela, il faut désembuer sa conscience claire d'une façon très douce, afin de lui permettre de se déterminer seul vers la solution la

meilleure, en fait celle qui lui sera la plus profitable : l'acceptation de sa prothèse.

Carl ROGERS, grâce à son expérience pratique des « entretiens cliniques » est arrivé à prôner « l'entretien non directif » qui est pour lui un « entretien de compréhension », devant permettre au praticien en l'occurence, de comprendre le problème du patient tel que ce dernier l'éprouve.

Cette entreprise est toujours fort délicate et pleine d'embûches. Elle nécessite une véritable formation, qui doit passer par un apprentissage suivi d'une expérience personnelle.

Il convient d'abord de respecter certaines précautions propres à susciter la confiance du patient, destinées à préparer convenablement cet entretien.

I. — **Préparation à l'entretien d'aide :**

Quatre données sont à considérer.

A) *Le cadre professionnel :*

Comme nous l'avons déjà exprimé, chaque praticien, à travers son tempérament, et ses possibilités professionnelles, cherche à drainer la clientèle apparentée à ses qualités ou à ses insuffisances.

Selon le lieu d'implantation du cabinet dentaire cette sélection est possible ou impossible.

En fonction de ce résultat, le cabinet de consultation et la salle d'attente doivent être adaptés.

Une clientèle huppée nécessitera un ou plusieurs cabinets bien aménagés une ou plusieurs salles d'attente cossues, rappelant au patient l'agencement de ses propres salons.

Une clientèle sociale préfèrera des locaux simples, une seule salle d'attente de type hospitalier ou dispensaire qui plaira davantage à ses goûts modestes.

Une clientèle mélangée, demandera un confort sans outrance, qui ne choquera personne. L'aménagement sera plutôt du genre utilitaire.

Il faudra prévoir des possibilités d'occupations adaptées aux divers âges des patients. Un coin sera réservé aux très jeunes enfants avec quelques jeux simples à tendance apaisante du genre dessins ou décalques.

Diverses revues et illustrés, variés et souvent renouvelés seront mis à la disposition des adolescents et des adultes.

Deux cabinets dentaires nous semblent nécessaires ; d'abord dans un but de commodité pour le travail, puis pour permettre à l'assistante de préparer plus aisément la rencontre du patient avec le praticien.

Ces cabinets seront d'un style dépouillé et l'instrumentation la plus camouflée possible pour être apportée en dernière minute.

Propreté, ordre, luminosité calculée sur un fond coloré adapté, doux et clair, assureront la détente spontanée du patient.

Quelques tableaux agrestes completeront favorablement cette décoration reposante.

Toute autre peinture ou tout dispositif capable de susciter la relaxation du patient, pourront trouver leur place dans le cabinet de travail.

Enfin, il ne faut pas oublier que selon les cas, la liberté ou la fixation stricte des heures de rendez-vous, sera un facteur important de décontraction et préparera favorablement l'entretien.

B) *L'entourage du praticien* :

La réception de la clientèle devra être assurée par un personnel féminin de mise correcte, intelligent, intuitif, psychologue, discret, actif, adroit, poli, souriant, détendu mais à la démarche et à la voix assurée.

Tout en préparant le travail du praticien, il devra négligemment glaner tous les renseignements propres à favoriser le contact avec ce dernier.

Une fois franchi le seuil de l'entrée, le patient ne devra plus se sentir isolé. Par un accueil à la chaleur calculée, le personnel devra créer autour de lui une ambiance de détente, sécurisante. Ses propos, sans être trop explicites, seront rassurants.

Par des conciliabules fréquents, il apportera notamment au patient, toutes les assurances qu'il attend sur la douceur et la valeur du praticien.

C) *La personnalité du praticien* :

L'entretien d'aide implique un comportement très strict du praticien. Nous ne considérons ici que son maintien précédant l'entretien, puisque nous avons envisagé par ailleurs celui qu'il doit adopter en fonction des étapes du traitement.

Le praticien, quel que soit son caractère, doit avoir une mise correcte et un aspect apaisant.

L'autorité que lui confère son titre et sa capacité sera conservée, afin d'écarter toutes questions sibyllines de la part du patient ; il devra toutefois la rendre compréhensive et adopter un ton chaleureux, incitant le patient à s'épancher.

En fonction des possibilités que lui offre son propre psychisme, il devra s'il le juge opportun, face à un patient donné, supprimer l'éventualité de l'entretien pour adopter une thérapie plus adaptée.

D) *Les conseils préliminaires*

Ils sont dispensés tout au long du traitement, au moment le plus favorable. Ce sont des précautions propres à annihiler certaines récriminations futures de la part du patient.

a/ Le praticien devra, après en avoir lui-même vérifié le bien fondé par les tests classiques, faire prendre conscience au patient de la réussite technique du traitement

b/ Le patient devra être éclairé, mais avec beaucoup de tact, sur les données de son problème, au fur et à mesure de l'élaboration de sa prothèse, et sur les impératifs bio-mécaniques devant présider à celle-ci (forme, étendue, volume).

c/ Le praticien ne devra jamais trop promettre et devra comme nous l'a appris Pedro SAIZAR, rester sur une prudente réserve.

d/ L'emplacement des dents, donc l'esthétique, sera décidé en plein accord avec le patient et celui de la personne la plus attachée au patient d'un point de vue affectif.

e/ Une photo sera prise avant et après le traitement, afin que le patient puisse juger du travail accompli et surtout s'aperçoive du résultat esthétique.

f/ Le praticien devra savoir se faire honorer totalement dès la pose de la prothèse, pour éviter d'enregistrer de faux échecs, dus uniquement à l'extrême avidité de certains patients.

g/ Des conseils pour la mastication et le langage, seront dispensés après appareillage afin que le patient tire le meilleur parti de sa prothèse.

h/ Les règles d'hygiène seront apprises au patient, de même qu'on lui indiquera la nécessité d'une consultation annuelle, pour vérification de la rétention et de l'harmonie occlusale de sa prothèse.

II°/ **L'entretien d'Aide.**

Si malgré toutes ces précautions, nous pressentons un refus ou si des symptômes de refus apparaissent, il faut passer à « l'entretien non directif » ici nommé « entretien d'aide ».

A) *Principes.*

Ce dernier, ayant une finalité thérapeutique, est très différent du colloque singulier qui vise un but diagnostique et demande à être dirigé. C'est pourquoi il ne lui ressemblera pas et obéira à des principes de base très différents.

Ces principes ont été énoncés par Carl ROGERS. Nous les reprenons ici dans un ordre établi par MUCCHIELLI et en les adaptant à notre problème.

Le praticien devra donc :

1°/ Adopter une attitude d'intérêt ouvert, supposant une disponibilité entière, dénuée de tout préjugé, correspondant à une manière d'être et de faire, qui encourage l'expression spontanée du patient.

2°/ Adopter une attitude de non-jugement qui permette de tout accueillir, sans critique, ni culpabilisation, ni conseil.

3°/ Adopter une attitude de non directivité, laissant au patient toute initiative dans le temps et dans la forme, pour présenter son problème, de façon à ce qu'il n'ait en aucune façon l'impression que l'on cherche à l'orienter ou à le vérifier.

4°/ Avoir une intention authentique de comprendre le patient dans son univers subjectif.

5°/ Faire un effort continu pour rester objectif et pouvoir ainsi contrôler tout au long de l'entretien ce qui se passe.

Il est évident que cet entretien sera un « entretien de face à face », courant somme toute, pour un chirurgien dentiste.

L'entraînement, la bonne volonté, sont nécessaires au praticien psychologue, pour respecter les principes ci-dessus énoncés, mais ils ne suffisent pas. Il faut une méthode qui permette au praticien de percevoir le réel présent du patient et sa signification du point de vue psychologique.

En effet, un entretien spontané ne peut être satisfaisant. Il pourrait se trouver stoppé.

— par désaffection de l'une ou l'autre des parties, survenant après une erreur dans la forme ou dans le fond (discussion, plaidoirie).
— par suite de réaction affective personnelle.
— par suite de réactions stéréotypées.

Cet entretien spontané amène trop souvent :

Une réponse d'évaluation qui fait référence à des normes inconnues du patient, le met en état d'infériorité.

Une réponse interprétative qui ne reprend qu'un certain point de la pensée du patient et l'incommode ou l'irrite.

Une réponse de support qui est une réponse paternaliste, d'encouragement, indisposant le patient.

Une réponse investigatrice qui détourne le patient de sa véritable pensée ou l'irrite et le déçoit.

Une réponse solution du problème qui propose au patient une solution au problème, trop axée sur la solution personnelle du praticien et qui irrite le patient incompris.

B) *Idées forces.*

De la méthode préconisée par Carl ROGERS, nous avons retenu quatre idées forces qui seront respectées tout au long de l'entretien :

1°/ *Eviter les obstacles à la perception et à l'observation des phénomènes psychologiques.*

a/ Pour être objectif le praticien ne devra accepter aucune implication affective personnelle dans la situation. Il ne devra donc pas faire attention aux remarques flatteuses ou désagréables du patient à son encontre, car il en éprouverait des sentiments qui fausseraient son juge-

ment. Il devra s'interdire toute réflexion subjective de quel qu'ordre qu'elle soit sur le patient.

b/ Le praticien ne devra plus considérer le patient d'un point de vue professionnel pour éviter les jugements habituels qui isolent dans la masse du réel un aspect privilégié particulier.

c/ Le praticien devra faire abstraction du contenu intellectuel, pour ne saisir que l'aspect psychologique (exemple : cas de l'employé de bureau qui dit : « les ouvriers gagnent plus que nous ». Le contenu intellectuel peut appeler la réponse suivante = « Ce n'est pas toujours vrai ». En fait le contenu psychologique = « Je veux gagner comme ceux qui gagnent plus que moi, ce n'est pas normal que l'on gagne moins »).

2°/ *Orienter positivement son attention.*

a/ Faire l'effort nécessaire pour saisir la situation vécue.

b/ Posséder la connaissance de ce qui est significatif au point de vue psychologique et notamment des mécanismes de l'expression du vécu, donc des états affectifs. Le vécu s'exprime immédiatement par des mots directs, des silences, des mimiques, des postures, qui ne trompent pas. Il faut les saisir au vol.

Un silence par exemple correspond à une inhibition, une fuite.

Un sourire accompagnant l'aveu d'une plainte, d'un malheur, prouve la joie du sujet à le confesser.

c/ S'observer soi-même pour éviter de projeter son système de valeur qu'il vienne de sa profession ou de son groupe social.

d/ Observer l'évolution éventuelle de la situation relationnelle : Voir si elle ne dépend pas d'une attitude particulière du praticien qui pourrait être néfaste.

En un mot, il faut faire abstraction de sa propre personnalité ,se surpasser, pour savoir observer et écouter en gardant perpétuellement à l'esprit la question : Quelle est la signification psychologique de cette phrase, de cette attitude, de cette posture ?

3°/*Tenir compte des variables de l'entretien :*

a/ **Facteur temps** : Il faut laisser au patient le temps de s'exprimer au cours d'une ou plusieurs séances.

b/ **Facteur environnement** : Nous en avons déjà parlé dans la préparation à l'entretien nous rappelons toutefois que, l'entourage du praticien doit être choisi, (délicatesse et discrétion) etc... Le lieu doit être propice à l'entretien (cabinet au style dépouillé, grandes photos murales agrestes, fond ambiant reposant bleu, gris, jaune, vert si l'éclairage est fluorescent).

c/ **Facteur positionnel ou spatial** : Les deux interlocuteurs doivent être sur des chaises situées à la même hauteur ; si le patient est dans

le fauteuil, le praticien ne doit pas être debout mais assis devant lui ou à côté.

d/ **Facteur âge et sexe** : Il n'a que peu d'importance sauf dans le cas de la jeunesse du praticien face à l'âge mûr du patient ; cela peut-être un handicap surtout si les sexes sont opposés.

e/ **Facteur relationnel de travail** : L'entretien est délicat entre employés et patron.

f/ **Facteur groupe social** : Le praticien doit se mettre à la portée du patient dans ses expressions verbales notamment et ses attitudes.

g/ **Facteur des réactions affectives immédiates** : Sans que l'on sache trop pourquoi divers facteurs peuvent engendrer un phénomène de sympathie, de neutralité ou d'antipathie. Ce facteur est souvent une pierre d'achoppement à l'entretien. Le praticien doit tendre à le réfréner par son maintien, son accueil, et surtout en établissant la preuve de son ouverture d'esprit. Hélas, il n'y réussira pas toujours. Seule la psychologie des profondeurs pourrait peut-être alors apporter un remède.

4°/ *Savoir utiliser la dynamique de l'entretien à des fins libératrices pour le patient :*

La dynamique de l'entretien concerne l'ensemble des phénomènes se produisant au cours de l'entretien, par suite de certaines lois psychologiques nommées lois d'interaction et d'induction.

a/ **Les interactions** : Il y a interaction dès qu'un sujet ne pense ou n'agit plus seul, mais pense ou agit aussi en fonction de la présence d'un sujet ou de ce qu'il exprime.

Aussi tout entretien suppose obligatoirement des interactions, puisqu'il y a deux sujets mis en présence.

Dans notre cas, le praticien devra s'interdire certaines formes d'interaction pouvant nuire à la productivité et à l'objectivité de la discussion. Cela nous amène à l'effet d'induction.

b/ **L'effet d'induction** : C'est l'influence que pourrait exercer le praticien sur la réponse du patient par la manière consciente ou inconsciente de poser les questions.

Ainsi, demander au patient « A quelle époque avez-vous décidé de ne plus faire traiter vos dents ? » est une question qui porte en elle l'affirmation que le patient a bien volontairement négligé ses dents. Répondre à cette question c'est tomber dans le piège de l'acceptation de son postulat.

Cette façon de faire, reconnue par le patient, entraînerait à coup sûr l'arrêt de sa libération, donc de l'entretien, ou au pis aller fausserait l'entretien.

Cet effet d'induction devra aussi être réprimé :

en évitant de situer nos interventions dans un cadre référentiel type, ou un système de concept particulier.

en réprimant nos attitudes implicites, c'est à dire induisant des attitudes réponses.

En fait, tout se résume pour le praticien, à savoir écouter et comprendre pour dynamiser positivement les relations humaines qu'il a pu établir avec son patient.

A partir de là seulement, il établira un « entretien d'aide » qui fortifiera le « moi » du patient et lui permettra de trouver seul la solution à ses problèmes.

Pour ce faire le praticien devra être capable d'un engagement vrai dans l'entretien que seul un effort d'empathie (1) permettra.

La Reformulation.

Carl ROGERS parle aussi de reformulation au sujet de l'entretien d'aide. Cette reformulation qui est l'art, pour le praticien, de redire en des termes concis et précis ce que le patient vient d'exprimer, tend à prouver à ce dernier que le premier l'a parfaitement compris. De plus il peut conférer une signification nouvelle à ses données subjectives qu'il voit de l'extérieur. Cela le rend favorable à la poursuite de l'entretien, et permet une libération qui augmente sa confiance au praticien et sa sureté en lui, par un éveil de sa conscience claire.

Cette reformulation passe donc par 3 stades :

a) *La reformulation reflet.*

qui est la paraphrase par le praticien des propos du patient.

b) *La reformulation comme rapport inverse.*

qui permet au patient en voyant sa subjectivité de l'extérieur d'apercevoir ce qui était chez lui à l'état latent.

Ainsi le patient parlant, peut déclarer : « La ville ou je suis né est un coin perdu. Parmi les quelques milliers d'habitants qui la peuplent, il n'en est pas un poignée avec lesquels on pourrait avoir une conversation simplement intelligente. Je ne dis pas intéressante, mais simplement intelligente ».

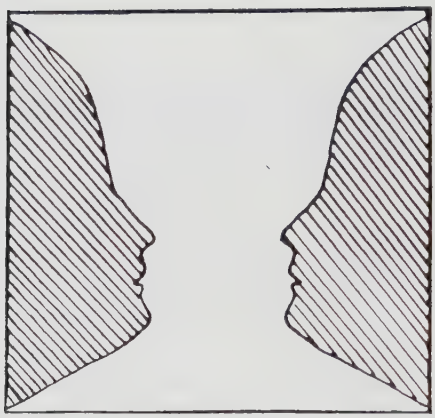
Le praticien doit répondre : « Donc à certains points de vue, comme celui de l'intelligence, vous êtes pratiquement seul dans votre ville ».

Le choc qui accompagne nécessairement la révélation, doit être amorti par un ton très « empathique ».

C'est pour ROGERS la « Restruction du champ » qu'il objective par la fameuse image tirée de la théorie de la forme, dans laquelle la « figure » se détache sur un fond, mais le fond peut devenir à son tour figure. **(fig. 9).**

---

(1) *Empathie* : sympathie froide acte par lequel un sujet peut sortir de lui-même pour comprendre autrui sans pour autant éprouver les mêmes émotions.



(figure 9).

c) *La reformulation clarification.*

Par laquelle le praticien en parlant de l'essentiel, reformule la pensée du patient. C'est ici qu'il est délicat d'éviter l'interprétation. Mais c'est la partie la plus importante, car elle prouve la nette compréhension du praticien qui éclaire le patient sur ses propres pensées souvent confuses, et lui permet ainsi d'organiser à nouveau sa conscience claire.

La reformulation est donc un procédé de base complémentaire, qui devra être couramment utilisée dans l'entretien d'aide.

Comme nous l'avons vu, l'entretien d'aide suppose à priori la connaissance exacte du problème par le patient. Elle semble s'opposer en cela à la psychanalyse qui pense que le problème n'apparaît pas dans son entier au sujet, mais reste pour une partie dans l'inconscient.

Cette dissemblance des deux techniques n'est en fait qu'apparente, car si dans la psychanalyse le praticien interprète l'information reçue à travers sa « clef des symboles », dans la relation d'aide on provoque une libération totale qui n'oblige pas à référer à un cadre symbolique.

Est-ce à dire que l'entretien d'aide est supérieur à la psychanalyse ? Pas du tout. Cette dernière s'adresse avant tout à des malades mentaux, tandis que l'entretien d'aide s'adresse à des patients inhibés, caractérologiquement typés, parfois marqués d'une façon complémentaire par des facteurs d'ordre socio-familiaux sans pour cela être des malades mentaux.

Les facteurs intéressant le problème dentaire, qu'ils soient récents ou anciens peuvent assez facilement faire surface.

Ainsi, la psychanalyse sonde le malade mental dans son entier pour tenter de le libérer de tous ses conflits, alors que l'entretien d'aide vise à solutionner un problème d'ordre psychologique bien défini, chez un sujet normal ou sub-normal.

Maintenant que nous connaissons le fond et la forme de notre « entretien d'aide », quand allons-nous l'appliquer ?

Notre première séance clinique portant essentiellement sur l'approche caractérologique du patient, telle que nous l'avons précédemment définie, nous ne pouvons éventuellement commencer notre entretien, qu'au cours de la deuxième séance clinique.

En fait, il ne débutera à la 2ème séance clinique que si nous avons diagnostiqué un des caractères propices aux refus d'ordre psychologique (nerveux, sentimental, passionné).

- **Il sera alors préventif.**

Si par contre, le diagnostic caractérologique fait apparaître un type ne devant pas à priori présenter de refus d'ordre psychique, nous attendrons la pose de l'appareil et l'apparition des premiers symptômes du refus, pour commencer l'entretien.

— **Il sera alors curatif.**

Cet entretien durera autant de séances qu'il sera nécessaire, jusqu'à ce qu'apparaisse clairement aux yeux du patient les raisons du refus, ces raisons ayant été déclarées par lui et admises.

Hélas, nous n'aurons pas toujours la chance de réussir, mais nous aurons fait l'effort nécessaire pour cela.

Le psychanalyste pourra alors éventuellement nous succèder, si le refus tourne à la névrose ou à la psychose.

Cet entretien d'aide est à notre avis la meilleure thérapie qu'un praticien en chirurgie dentaire puisse envisager pour soulager le drame réel de ses patients psycho-fonctionnels. Un psychisme particulier ne lui permet pas d'emblée d'assimiler un traitement qui, on doit bien le reconnaître, est loin d'être idéal, même s'il est parfaitement exécuté.

Il a apporté beaucoup de réconfort à nos patients, et s'ils n'ont pas tous eu la chance de surmonter leur faiblesse, ils nous ont tous été reconnaissants d'avoir su les comprendre.

Il serait vain et prétentieux de penser que le problème que nous venons de soulever est épuisé.

Nous avons surtout essayé de le mettre en évidence et d'y porter remède, sous une forme qui nous a été révélée par des psychologues éminents et que nous avons adaptée.

Cette thèse est le résultat de l'ouvrage de nos pensées, de nos mains, de notre cœur et vise, à travers des relations humaines mieux comprises, à apporter un soulagement à la misère des hommes.

Puisse-t-elle corroborer l'idée que Paul VALERY se faisait de l'art de guérir : « Un poème qu'une sollicitude intelligente compose ».

Avant Appareillage

Après Appareillage et Entretien d'Aide

CONCLUSIONS

L'édentation totale entraînant une impotence fonctionnelle grave, un préjudice esthétique important, peut occasionner des troubles psycho-affectifs parfois dramatiques.

— De ce fait, la thérapeutique de l'édenté total doit être envisagée dans le cadre du triptyque constituant l'unité de l'être humain et comprenant le Biologique, le Physiologique, le Psychologique.

Les trois volets sont également importants et si l'un est négligé, il retentit obligatoirement sur les deux autres.

Ayant constaté des échecs thérapeutiques que les deux premiers volets n'expliquaient pas, nous avons cherché les raisons dans le troisième.

C'est ainsi, qu'en nous appuyant sur des données classiques propres à la médecine et aux sciences humaines, sur des recherches personnelles, des observations cliniques, nous avons vérifié la valeur d'une telle hypothèse par la mise en évidence du rôle important du facteur psycho- affectif devant l'édentation totale et sa thérapeutique.

Cela nous a conduit à appréhender la personnalité des êtres qui ont bien voulu se confier à nous, pour comprendre et prévoir leur comportement devant ce problème dentaire particulier.

Ce travail nous a permis d'aboutir aux constatations suivantes :

1°/ Il existe effectivement un certain nombre d'échecs d'ordre psychologique dans le traitement des édentés totaux.

Nous en avons dénombré 21 cas sur 80 choisis, techniquement favorables.

2°/ L'application des grands principes bio-mécaniques et d'une technique rigoureuse, ne suffit donc pas à résoudre tous les problèmes liés à l'édentation totale.

L'étude des réactions psychologiques du patient est au moins aussi importante, car elle indique la nature du secours qui est demandé au praticien et favorise la relation patient-praticien.

3°/ Devant la dissemblance des êtres qu'il devra affronter, une formation appliquée des sciences humaines s'impose au praticien.

Il y puisera :

D'une part, la connaissance des méthodes d'approche de la personnalité devant lui permettre une meilleure compréhension de ses patients.

D'autre part, la façon de libérer les inhibitions de ses patients. Enfin, la possibilité d'agir sur son propre psychisme pouvant être perturbé par une clientèle qui, pour être souvent en état de régression mentale devant lui, peut ne pas être adaptée à son propre caractère, parce qu'il n'a pu la choisir entièrement, par suite d'impératifs vitaux. Cette formation lui permettra de mieux convaincre sans vaincre.

4°/ Trois règles de base devront être suivies par le praticien pour prévenir, ou résoudre les problèmes psychiques de ses malades.

a/ Appréhension de la personnalité du patient :

Nous nous sommes préoccupés de rechercher les moyens d'investigations psychologiques propres à nous permettre d'aborder convenablement cette dimension particulière du problème.

La caractérologie nous est apparue dans ce domaine comme la méthode la plus immédiatement accessible et utilisable dans le cadre de notre profession, au prix d'un effort raisonnable.

Nous n'avons pas désiré juger ou opposer les divers systèmes d'investigations psychiques, basés d'ailleurs sur des conceptions doctrinales différentes, mais plutôt rechercher celle qui répondrait le plus sûrement, le plus rapidement et le plus facilement à notre demande.

b/ Respect de cette personalité dans la mesure où elle est normale et ne gêne pas l'action thérapeutique du praticien par un psychisme perturbé.

c/ Aide à cette personnalité par une action spécifique sur son psychisme (fortification du moi), quand il est prévu ou que l'on constate que ce dernier ne lui permet pas de réagir favorablement devant le problème qui se pose à elle.

La double exigence de respect et d'aide nous a paru pouvoir être satisfaite par l'adoption de la part du praticien, d'une technique adaptée de la psychothérapie « non directive » proposée par Carl ROGERS.

Ici encore, nous décrivons les lois et les impératifs de la méthode qui nous paraît satisfaisante et nous ne désirons pas l'opposer par un jugement de valeur, à d'autres méthodes psychologiques.

Dans la mesure où le praticien sera conscient de la nécessité d'acquérir une formation pratique propre à lui permettre de manier convenablement cette thérapie d'essence Rogérienne, il saura comprendre le vécu du patient et pourra lui offrir une thérapeutique plus sûre.

En résumé, l'équilibre psychique du sujet s'avère aussi important que celui de l'équilibre physique de la prothèse et doit être envisagé avec autant de sérieux par le praticien.

L'entretien d'aide, moteur de la dynamique relationnelle sera le garant de cet équilibre.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Abrezol R. : Psychologie et Implantologie, R.O.I., n° 21, Janvier 1969.

2. — Albert A. et Marcus L. : Incidences des travaux de Pavlov sur la pratique Odonto-Stomatologique P.O.S., feuillets 1173-1958.

3. — Anty M. — Abrégé de Psychiatrie à l'usage de l'équipe Médico-Psychologique (2e Edition). Editeur Masson et Cie - 1968.

4. — Arnoux R. et Corneille C. : L'initiation psychologique de l'éducateur. Editions Sudel. Paris 1967.

5. — Berger Gaston : Traité pratique d'analyse du caractère (7e éditions (Editeur P. U. F. Paris 1967 — Caractère et personnalité - Collection P. U. F. - Editeur P. U. F. 1967.

6. — Bernard Paul : Le développement de la Personnalité (1re Edition) Editions Masson et Cie, 1968.

7. — Bernheim Claude : Psychologie du praticien et du patient. E. M. C. Feuillet 23.840 A 10.

8. — Binet Léon : Les défenses de l'organisme (7e Edition). Editeur P. U. F. Collection Que sais-je) Paris 1961.

9. — Brochere F. : Appareillage de l'édenté complet (Incidences psychologiques). P. O. S., feuillets n° 749-750. 1953.

10. — Caycedo A. : Progrès en sophrologie. Editions Editorial Scientia. Barcelone 1969.

11. — Chauchard : La médecine psychomatique (3e Edition). Editeur P.U.F. (Collection Que sais-je ?) Paris 1960. —
Précis de biologie humaine (bases organique du comportement de la pensée) Editions des P. U.F. - Paris 1957.

12. — Chertok L. : L'Hypnose (3e édition). Editions Masson et Cie - Paris 1963.

13. — Commenges et C. Feraud. : Contribution à l'étude caractérologique des enfants inadaptés - Extrait de la Caractérologie n° 9. P. U. F. - Paris 1967.

14. — Corman Louis : Manuel de Morpho-Psychologie. Editeurs Stock. Paris 1960.

15. — Daco Pierre : Les prodigieuses victoires de la Psychologie moderne. Editions Gérard et Cie. Verviers, Belgique 1960.

16. — Denis R. et Torkomian S. : Caractérologie appliquée. Editions S.A.B.R.I. Paris 1960.

17. — Devin R. : Adaptation et réhabilitation des prothèses totales défectueuses. Actualités Odonto-Stomatologiques. Septembre 1969.

18. — Dorier M. : Traitement de l'édentation totale. E. M. C. Feuillets 23.325 A 10 et suivants.

19. — Feraud C. : L'implication du réel et de l'imaginaire dans l'univers caractérologique des émotifs non actifs. Communication au Congrès de l'Association Internationale de Caractérologie. Barcelone, 8 au 11 avril 1968.

20. — Freud S. : La technique psychanalytique (traduit par Anne Berman), (2e édition). — Abrégé de psychanalyse (traduit par Anne Berman) 5e édition. Editions des P. U. F. Paris 1967.

21. — Grieger Paul: Le diagnostic caractérologique. Editions Ligel. Paris 1952

22. — Held A. J. : Le phénomène de la douleur et les moyens de le combattre. P. O. S. Feuillets n° 1156 - 1958.

23. — Huber W., Piron H. et Vergote A. : La psychanalyse, science de l'homme. Editeur Charles Dessart (collection psychologie et sciences humaines) Bruxelles 1964.

24. — La Caractérologie (tempérament, caractère, personnalité) Volume 10. Revue éditée et publiée par les P. U. F. 1969.

25. — Laplanche J. et Pontalis J. B. : Vocabulaire de la psychanalyse. Editions des P. U. F. - Paris 1967.

26. — Le Gall et Brun *R.* : Les malades et les médicaments. Editeur P. U. F. (Collection Que sais-je ?) Paris 1968.

27. — Le Concours Médical (Notions pratiques de Psychologie médicale) Suppléments aux n°s 48, 49 et 50 des 29 nov., 6 déc. et 13 déc. 1969) Edition : Documentation Médicale Permanente.

28. — Lejoyeux J. : Prothèse complète. Diagnostic et traitement. Editeur Maloine, S.A. Paris 1967.

29. — Lemaire J. C. La relaxation. Editeur Petite Bibliothèque Payot. Paris.

30. — Le Senne R. : Traité de Caractérologie (7e édition). Editeur P. U. F. Paris 1963.

31. — Lubespere A. : Le problème de l'édenté total. Le Chirurgien Dentiste de France. Paris. 29 mars et 5 avril 1967.

32. — Lubespere et Rigal R. : Rôle de l'immaturité et de l'affectivité dans les parafonctions. R.F.O.S. n° 8 - Octobre 1967.

33. — Manne J. : Psychologie et odonto-stomatologie. Editeur Maloine S. A. Paris 1967.

34. — Massler M. : Manifestations orales de la ménopause (syndrome post-ménopausique) Chicago - Illinois.

35. — Michaux L. : Les phobies. Le Chirurgien Dentiste de France n° 43 1969

36. — Mucchielli R. : Caractères et visages (2e édition) Editeur P. U. F. Paris 1963. —

L'entretien de face à face dans la relation d'aide. Editeur Librairies Techniques et Editions Sociales Françaises. Paris 1969.

37. — Olivier G. : Morphologie et types humains. Editions Vigot frères Paris 1965.

38. — Palmade G. : La caractérologie. Editeur P. U. F. (Collection Que sais-je ?) Paris 1962.

39. — Passebecq A. : Troubles nerveux et mentaux. Le Chirurgien Dentiste de France, n° 43. 1969.

40. — Pavlov I. : Réflexes conditionnels et inhibitions. Editions Gonthier S. A. Genève 1963.

41. — Pichot P. : Psychologie et Médecine. Editeur Masson, Paris 1968.

42. — Pichot et Danjon S. : Le test de frustation de Rosenzweig (3e édition). Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Paris 1966.

43. — Riviere L. : Psychologie de l'enfant et pratique odontologique. E. P. U. de l'E. N. C. D. de Bordeaux. 1968.

44. — Rogers Carl. : Le développement de la personne. Editeur Dunod (Collection organisation et sciences humaines) Paris 1968.

45. — Rogers C. et Kinget G. : Psychothérapie et relations humaines (4e édition). Editions Publications Universitaires. Louvain 1969.

46. — Roucoules L. : Restauration des Arcades dentaires partiellement édentées par prothèse à éléments inamovibles. Principes d'ordre psychosomatique. E. M. C. Feuillets 23.270 A 20 - 23.270 A 30.

47. — Schultz J. H. : Le trainig autogène (3e édition). Editions des P. U. F. Paris 1965.

48. — Servais J. : Quelques aspects psychologiques et psychosomatiques de la pratique odonto-stomatologique courante. Revue Belge de Médecine Dentaire n° 2-1968. — Psychosomatique en odonto-stomatologie. Revue Belge de Médecine Dentaire, n° 4. 1968.

49. — Skinner B. F. : The Behavior of organisins. Appelton Century Crofts-New-York 1938.

50. — Solie P. : Psychologie analytique et médecine psychosomatique. Editions du Mont Blanc. Genève 1969.

51. — Spence K. W. : Behavior theorie and conditionning. Yale University Press 1956.

52. — Torris G. : L'acte médical et le caractère du malade (1re édition). Edition P. U. F. 1959.

53. — Vannier L. : La typologie et ses applications thérapeutiques (3e édition). Editions G. Doin et Cie. Paris 1955.

ADDENDA

L'APPROCHE DE LA PERSONNALITE DU PATIENT
(enquête succinte)

Bien des méthodes permettent d'approcher la personnalité. Leur étude sera d'un puissant intérêt pour le praticien, en ce qu'elle lui ouvrira des « voies d'accès » à la connaissance du consultant.

Mais la plupart de ces méthodes ne peuvent être utilisées directement : elles exigeraient un temps de recherches ou des questionnairs tels, que le patient ne saurait accepter leur mise en œuvre, même camouflée.

Notre étude a mis en relief le travail que doit effectuer tout praticien pour être suffisamment initié à une méthode d'investigation psychique adaptée au cas de l'édenté total.

Sans que cela soit à conseiller et pour la plupart des cas insuffisante, nous avons pensé qu'il pourrait être utile de présenter une fiche succinte d'enquête, pouvant être utilisée par tout praticien, pour se faire une idée du psychisme de l'édenté. Nous la présentons ci-dessous :

I. — APPREHENSION DU CARACTERE :

(Etude de l'Emotivité — Du retentissement (primarité, secondarité) — De l'activité).

A/ Par l'observation du patient :

- émotivité
  - rougeur ou pâleur exagérée du visage
  - mains moites
  - attitude générale crispée, inquiète
- retentissement
  - primarité (engage rapidement la conversation, prolixe)
  - secondarité (range soigneusement ses affaires personnelles, parle peu ou attend qu'on l'interroge).

B/ **Par les tests provoqués :**

a) — émotivité descente inopinée du fauteuil : rougeur, pâleur tressaillement net.

b) — retentissement : proposition de rangement des affaires personnelles par l'assistante

primarité : indifférence du patient peu préoccupé de ses affaires — Patient range négligemment ses affaires

secondarité : patient très occupé de la façon dont ses affaires sont rangées — Patient range seul et avec soin ses affaires..

c) — activité : Objet tombé par l'assistante — Patient cherche l'objet avec insistance.

C/ **Par le colloque singulier dirigé :**

Discussion sur les édentés de la famille.

— recherche de l'inquiétude : signe émotivité

— étude du temps de réponse : rapidité et prolixité = primarité
réflexion et réponse après coup = secondarité

Question directe sur la façon de combler ses loisirs : précise activité.

II. — QUESTIONNAIRE ORIENTE CONCERNANT L'ATTITUDE MENTALE DU PATIENT ET PERMETTANT DE JAUGER SON PSYCHISME FACE AU PROBLEME DE L'EDENTATION TOTALE

A/ **Face à son édentation :**

a/ avez-vous reculé le plus possible l'échéance de cette disparition dentaire ?

b/ vous sentez-vous handicapé par la perte totale de vos dents ?

Précise : la libération
la passivité
le handicap (psychisme en cause).

B/ **Face à la thérapeutique :**

a/ qu'attendez-vous avant tout des appareils qui vont remplacer vos dents :
une bonne mastication ?
un bon résultat esthétique ?
une possibilité de mieux parler ?

b/ êtes-vous fixé sur la couleur, la forme des dents artificielles qui vont être choisies pour le confectionner ? Les désirez-vous bien

alignées, apparentes ou plutôt un peu de travers pour donner l'illusion du vrai ?

c/ pensez-vous que le remplacement de vos dents mérite un sacrifice financier ?

Précise :

* l'intérêt que l'édenté porte à sa prothèse
* la vision subjective de la future prothèse par l'édenté
* l'attitude du patient face à la thérapeutique.

— résolument } positive donc en faveur de celle-ci. / négative donc contre celle-ci.
— inquiète
indifférente

C/ **Face au praticien :**

a/ pensez-vous pouvoir aider efficacement votre chirurgien dentiste dans son entreprise visant à remplacer correctement vos dents ? Comment ?

par votre collaboration
par votre docilité
- par votre avis.

Précise l'attitude mentale du patient :

Réceptif coopérant.
Réceptif non coopérant.
Non réceptif, non coopérant (indifférent).
Revendicateur (instable).
Inquiet.
Fanfaron.
Chicanier.

TABLE DES MATIERES

— INTRODUCTION 17

— CHAPITRE I

Les grands problèmes de l'édenté total 19

1°) Problème lié à l'impotence fonctionnelle 19

2°) Problème lié à l'esthétique 20

3°) Problème lié au psychisme

relation Praticien-Malade .. 22

facteurs conditionnant la Psychologie du Malade 22

A/ L'atteinte psychique de l'édenté devant son infirmité .. 26

B/ La réaction psychique de l'édenté devant son praticien. La peur du chirurgien dentiste 30

C/ La réaction psychique de l'édenté devant le prothèse .. 34

— CHAPITRE II

Nécessité d'une connaissance de la personalité 37

— CHAPITRE III

Connaissance de la personnalité par l'approche du caractère 49

— CHAPITRE IV

Méthode pratique et originale d'approche du caractère en vue de l'établissement rapide du diagnostic caractérologique et de l'attitude mentale du patient 57

— Le praticien s'interroge :

Fiche patient 66

Colloque singulier 67

Etude prosopologique 70

Tests fondés sur les réactions du patient devant les situations provoquées 72

— Le praticien interroge :

Questionnaire attitude mentale 73

Fiche Diagnostique 74

Explication fiche diagnostique 75

CHAPITRE V

Enquête clinique personnelle visant à mettre en évidence l'existence d'échecs thérapeutiques d'ordre psychique et les raisons ayant motivé ces échecs.

I. — L'enquête 78
1°) Mise en œuvre de l'enquête 78
2°) Résultats statistiques 79
3°) Remarques sur le déroulement de l'enquête 80
4°) Remarques sur les résultats statistiques (facteurs temps, caractère, âge et sexe, bio-physiologique, professionnel, socio-familial) 81
5°) Leçons à tirer 85
A/ Concernant l'objectivation des refus 85
B/ Concernant les rapports existant entre les refus, les caractères, les tendances 87

II. — Réflexions concernant la Physiopathologie des refus chez l'édenté total : Ouverture thérapeutique 88

CHAPITRE VI

Prévention et thérapie de l'échec d'ordre psychologique en prothèse totale, par la dynamique relationnelle 92

1°) Préparation à l'entretien d'aide 93
A/ Le cadre professionnel
B/ L'entourage du praticien
C/ La personnalité du praticien
D/ Les conseils préliminaires

2°) L'entretien d'aide
A/ Principes 95
B/ Idées, forces 96

CONCLUSIONS 103

BIBLIOGRAPHIE 105

ADDENDA 109

Vu,
Le Doyen :
H. BRICAUD

Bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
P. BENOIT

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le
Le Recteur de l'Université :
J. BABIN

LOURDES. — Imprimerie de la Grotte.